



**UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE MEDICINA**

**CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES MESTIZOS E INDÍGENAS  
DEL CANTÓN NABÓN. CUENCA.2017**

**Proyecto de Investigación  
previa a la Obtención del  
Título de Médico.**

**AUTORES:**

Marco Andrés Rodríguez Astudillo C.I: 0104784533  
Zoila Elizabeth Verdugo Carrión C.I: 0105947469

**DIRECTOR**

Dr. Jorge Leonidas Parra Parra C.I: 0101311397

**CUENCA- ECUADOR  
2018**



## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN.** La calidad de vida es una categoría que puede ser determinada desde un sinnúmero de perspectivas. En lo que concierne al presente estudio, se procuró una visión relacionada con la salud y fue medida a través de la aplicación de una serie de herramientas que han sido utilizadas en estudios nacionales e internacionales.

**OBJETIVO.** Determinar la calidad de vida de los adultos mayores indígenas y mestizos del cantón Nabón.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Se trata de un estudio descriptivo transversal con una muestra de 150 indígenas y 224 mestizos, a los que se les aplicó test propios para evaluar calidad de vida como: WHOQOL-BREF y WHOQOL-OLD, complementando con el test de Yesavage, que indica existencia de depresión y el índice de Katz que permite la valoración de la funcionalidad, para evaluar a fondo la calidad de vida en los aspectos: psicológico y físico. Los datos fueron tabulados, analizados y presentados en tablas.

**RESULTADOS:** de los 374 adultos mayores, entre 65 y 97 años, con edad promedio de 77,77 años, predominando el sexo femenino (53,7%) respecto al masculino (46,3%). La calidad de vida en general fue normal (58,3%). Un 53,7% presenta depresión, siendo más prevalente en los adultos mayores indígenas. Funcionalmente un 88,5% es independiente según índice de Katz y de ellos, la población más vulnerable es la indígena.

**PALABRAS CLAVE:** ADULTOS, MAYORES, CALIDAD, VIDA, DEPRESION, DEPENDENCIA.



## ABSTRACT

**INTRODUCTION.** The quality of life is a category that can be determined from a multiple of perspectives. As far as the present study is concerned, was sought a vision related to health and measure through the application of a series of tools that have been used in national and international studies.

**OBJECTIVE.** Determine the quality of life of the indigenous and mestizos older adults of the Nabón canton.

**MATERIAL AND METHODS.** This is a cross-sectional descriptive study with a sample of 150 indigenous and 224 mestizos, which can be applied to assess the quality of life as: WHOQOL-BREF and WHOQOL-OLD, complementing with the Yesavage test, which indicates the existence of depression and the Katz index that allows the assessment of functionality, to evaluate a background the quality of life in the aspects: psychological and physical. The data will be tabulated, analyzed and presented in tables.

**RESULTS:** of the 374 older adults, between 65 and 97 years old, with an average age of 77.77 years, predominantly female (53.7%) compared to male (46.3%). The quality of life in general was normal (58.3%). A 53.7% presents depression, being more prevalent in the indigenous older adults. Functionally, 88.5% is independent according to the Katz index and among them, the most vulnerable population is indigenous.

**KEYWORDS:** ADULTS, ELDERLY, QUALITY, LIFE, DEPRESSION, DEPENDENCE



## ÍNDICE

RESUMEN .....	2
ABSTRACT .....	3
ÍNDICE.....	4
ÍNDICE DE TABLAS.....	7
ÍNDICE DE GRAFICOS .....	7
DEDICATORIA .....	12
DEDICATORIA .....	13
AGRADECIMIENTO .....	14
AGRADECIMIENTO .....	15
CAPÍTULO I .....	16
1.1 INTRODUCCIÓN.....	16
1.2 PROBLEMA .....	17
1.3 JUSTIFICACIÓN .....	18
CAPÍTULO II .....	19
2. FUNDAMENTO TEÓRICO .....	19
2.1 CALIDAD DE VIDA .....	19
2.2 CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD .....	23
2.3 CALIDAD DE VIDA Y ENVEJECIMIENTO .....	25
2.3.1 ENVEJECIMIENTO .....	25
2.3.2 ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL .....	27
2.4 ADULTO MAYOR.....	28
2.5 HERRAMIENTAS PARA VALORAR CALIDAD DE VIDA .....	30
2.5.1 WHOQOL-OLD.....	31
2.5.2 WHOQOL-BREF .....	32
2.5.3 ESCALA DE YESSAVAGE .....	32
2.5.4 ÍNDICE DE KATZ.....	33
2.6 ESTADO DEL ARTE.....	34
CAPÍTULO III.....	38
3. OBJETIVOS .....	38
3.1 OBJETIVO GENERAL.....	38
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	38
CAPÍTULO IV .....	39
4. DISEÑO METODOLÓGICO .....	39
4.1 TIPO DE ESTUDIO .....	39
4.2 ÁREA DE INVESTIGACIÓN.....	39
4.2.1 POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	39



4.3 UNIVERSO Y MUESTRA.....	39
4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN.....	40
4.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	40
4.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	40
4.5 VARIABLES.....	41
4.5.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	41
4.6 MÉTODOS Y TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	42
4.7 PROCEDIMIENTOS.....	43
4.8 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS.....	44
4.8.1 PROGRAMAS UTILIZADOS PARA EL ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	45
4.9 ASPECTOS ÉTICOS.....	45
CAPÍTULO V.....	46
5. RESULTADOS.....	46
5.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	46
5.2. CALIDAD DE VIDA.....	49
5.3 ADAPTACIÓN AMBIENTAL.....	50
5.3.1 SALUD FÍSICA.....	50
5.3.2 AMBIENTE.....	51
5.4 ACTIVIDAD FÍSICA.....	52
5.4.1 PARTICIPACIÓN.....	52
5.4.2 FUNCIONAMIENTO SENSORIAL.....	53
5.4.3 AUTONOMÍA.....	54
5.5 DEPRESIÓN.....	55
5.6 FUNCIONALIDAD.....	56
5.7 CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON ETNIA.....	57
5.8 CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON EDAD Y ETNIA.....	59
5.9 CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON ESTADO CIVIL Y ETNIA.....	60
5.10 CALIDAD DE VIDA, ETNIA E INSTRUCCIÓN.....	61
5.11 CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON ETNIA Y SITUACIÓN CON QUIÉN VIVE EL ADULTO MAYOR.....	62
5.12 CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON ETNIA Y SEXO.....	63
5.13 CALIDAD DE VIDA, ETNIA Y SALUD FÍSICA.....	64
5.14 CALIDAD DE VIDA, ETNIA, AMBIENTE.....	65
5.15 CALIDAD DE VIDA, ETNIA, PARTICIPACIÓN.....	66
5.16 CALIDAD DE VIDA, ETNIA, FUNCIONAMIENTO SENSORIAL.....	67
5.17 CALIDAD DE VIDA, ETNIA, AUTONOMÍA.....	68
5.18 CALIDAD DE VIDA, ETNIA Y DEPRESIÓN.....	69



5.19 CALIDAD DE VIDA, ETNIA Y FUNCIONALIDAD.....	70
CAPITULO VI .....	71
6. DISCUSIÓN .....	71
CAPÍTULO VII .....	74
7.1 CONCLUSIONES.....	74
7.2. RECOMENDACIONES .....	76
CAPÍTULO VIII .....	77
8.1. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	77
8.2. ANEXOS.....	82
ANEXO 1: CUESTIONARIOS.....	82
ANEXO 2: CUESTIONARIO WHOQOL-BREF .....	83
ANEXO 3: CUESTIONARIO WHOLQ OLD.....	85
ANEXO 4: ÍNDICE DE KATZ .....	87
ANEXO 5: OFICIO DE AUTORIZACIÓN .....	88
ANEXO 6: CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	89



## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.....	47
Tabla 2.....	48
Tabla 3.....	49
Tabla 4.....	50
Tabla 5.....	51
Tabla 6.....	52
Tabla 7.....	53
Tabla 8.....	54
Tabla 9.....	55
Tabla 10.....	56
Tabla 11.....	57

## ÍNDICE DE GRAFICOS

Gráfico 1:.....	46
Gráfico 2.....	59
Gráfico 3.....	60
Gráfico 4.....	61
Gráfico 5.....	62
Gráfico 6.....	63
Gráfico 7.....	64
Gráfico 8.....	65
Gráfico 9.....	66
Gráfico 10.....	67
Gráfico 11.....	68
Gráfico 12.....	69
Gráfico 13.....	70



**LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO  
INSTITUCIONAL**

Yo, **MARCO ANDRÉS RODRÍGUEZ ASTUDILLO**, en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación: **CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES MESTIZOS E INDÍGENAS DEL CANTÓN NABÓN. CUENCA.2017**, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Así mismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art.144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 15 de mayo del 2018.

---

MARCO ANDRÉS RODRÍGUEZ ASTUDILLO  
CI: 0104784533





## CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Yo, Marco Andrés Rodríguez, autor del proyecto de investigación: CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES MESTIZOS E INDÍGENAS DEL CANTÓN NABÓN. CUENCA.2017, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 15 de mayo del 2018

-----  
MARCO ANDRÉS RODRÍGUEZ ASTUDILLO  
CI: 0104784533



**LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO  
INSTITUCIONAL**

Yo, **ZOILA ELIZABETH VERDUGO CARRIÓN**, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación: **CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES MESTIZOS E INDÍGENAS DEL CANTÓN NABÓN. CUENCA.2017**, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Así mismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art.144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 15 de mayo del 2018.

---

ZOILA ELIZABETH VERDUGO CARRIÓN  
CI: 0105947469



## CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Yo, Zoila Elizabeth Verdugo Carrión, autora del proyecto de investigación: “CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES MESTIZOS E INDÍGENAS DEL CANTÓN NABÓN. CUENCA.2017”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 15 de mayo del 2018

-----  
ZOILA ELIZABETH VERDUGO CARRIÓN  
CI: 0105947469



## DEDICATORIA

No hay fórmulas secretas para lograr las metas, es el resultado de la preparación, trabajo duro y aprender de los errores.

Este trabajo lo dedico primero a Dios por darme la vida y por siempre guiar mis pasos en este gran sueño.

A mis padres Marco Antonio Rodríguez y Gloria Astudillo quienes fueron mi motor dándome la fuerza cuando sentía perder la mía y aquellos que siempre estuvieron tanto en mis triunfos como en los momentos difíciles.

A mis hermanos, por enseñarme la gran importancia de la unión familiar y estar junto a mí en las largas noches de estudio, también dedico a mi enamorada por el apoyo incondicional.

A todas las personas del Cantón Nabón por abrirme las puertas y brindarme un poco de su valioso tiempo.

Marco Andrés Rodríguez Astudillo



## DEDICATORIA

No existe un procedimiento para saber cómo llegar a la culminación de una de las tantas metas propuestas. Al contrario, se podría decir que es el resultado de un largo camino de constancia, dedicación y sobre todo esfuerzo.

Esta tesis la dedico en primer lugar, al que me permitió estar aquí en este mundo, Dios, quién fue testigo de mi caminar a lo largo de esta gran carrera.

A mis abuelitos, Abel Virgilio Carrión Ochoa y Zoila Dioscelina Maldonado Ordoñez, a mis padres: Jhony Fernando Verdugo Bustamante y Dunia Elisabeth Carrión Maldonado, quienes fueron mi motor, mi más grande motivación, estando allí en todos mis momentos en los que creía perder mi rumbo, compartiendo mis penas y alegrías, quienes con sacrificio y sabiduría forjaron en mí el deseo de superación.

A mis hermanas, por enseñarme la gran importancia de la solidaridad, por soportar y brindarme su apoyo siempre.

A todas las autoridades y sujetos de estudio del Cantón Nabón por permitarnos trabajar y brindarnos su valioso tiempo para llevar a cabo este proyecto de investigación.

Zoila Elizabeth Verdugo Carrión.



## AGRADECIMIENTO

A mis padres por la paciencia, confianza y el apoyo incondicional que me han brindado, por ser pilar fundamental a lo largo de toda mi carrera y en este trabajo.

Al Dr. Jorge Parra por brindarnos su tiempo y sus valiosos conocimientos para que este trabajo de investigación llegue a cumplir con los objetivos.

A mi amiga y compañera de tesis Elizabeth Verdugo por ser como una hermana y estar en aquellos momentos importantes de mi vida siempre con palabras de aliento y por su entrega al trabajo

A cada uno de los docentes, quienes buscaron los mejores métodos de enseñanza y brindaron sus conocimientos para lograr una excelente formación académica y como ser humano.

A todas las personas maravillosas que forman parte de mi vida mi eterna gratitud por su apoyo y por enseñarme a crecer como persona.

Marco Andrés Rodríguez Astudillo



## AGRADECIMIENTO

A la universidad de Cuenca, por la oportunidad que nos brindó de contarnos entre sus estudiantes; a todos y cada uno de las distinguidas autoridades y catedráticos, quienes con sus amplios conocimientos se entregaron íntegros al mejoramiento de nuestra formación.

A mi familia por brindarme el apoyo económico, social y emocional, por no dejarme nunca caer y al contrario motivarme para que continúe y sea mejor cada día.

Al doctor Jorge Parra, director y asesor del presente trabajo de investigación, quien sin escatimar esfuerzo alguno colaboró dándose el tiempo necesario y apoyándonos en todo este proceso, con sus conocimientos valiosos, paciencia y dedicación.

A mi compañero de tesis: Marco Rodríguez, por estar siempre ahí, luchando juntos, para poder cumplir nuestros sueños, siendo el excelente ser humano que es, con su carisma y solidaridad , siendo más que compañero un hermano.

Al GAD Municipal del Cantón Nabón, por la gran acogida y colaboración, por entregarnos información y sobre todo por permitirnos trabajar en el cantón.

A todos las personas que de una u otra forma colaboraron desinteresadamente para poder hacer realidad nuestro trabajo investigativo.

Zoila Elizabeth Verdugo Carrión.



## CAPÍTULO I

### 1.1 INTRODUCCIÓN

La motivación para proponer este tema de investigación es debido a la falta de interés que presenta la sociedad hacia los adultos mayores, considerados en nuestro país como todas aquellas personas mayores a 65 años. Es importante estudiar en ellos, la calidad de vida, debido a que constituye un pilar fundamental, para la creación e implementación de planes y proyectos en pro de una mejor calidad de vida del mencionado grupo etario. Debido a que ellos han aportado de manera muy positiva a la sociedad con su trabajo, valores, forjando un futuro mejor para sus descendientes y no son reconocidos como se lo merecen.

En un estudio en Guadalajara-México se evaluó la percepción de salud mental y calidad de vida de 333 adultos mayores, mediante un estudio descriptivo utilizando el cuestionario WHOQOL-BREF, de acuerdo con las dimensiones que este comprende se observaron los siguientes resultados: en salud física 87.9%, ambiente 85.8%, relaciones sociales 79.2% y salud psicológica 72.0%; en el puntaje total, un 60.1% de los adultos mayores calificó como buena su calidad de vida. Se identificó un 41.7% de insatisfacción y mala calidad de vida en relación a la edad ( $p=0.05$ ); respecto a su salud, 46.8% la consideraron como regular y un 34.2% como buena.(1) En otro estudio se aborda al adulto mayor en el contexto de la importancia de la actividad física, de la percepción de la calidad de vida e indicadores psicológicos como depresión y deterioro cognitivo, se evaluaron 30 adultos mayores que realizan ejercicio físico tres veces por semana, con antigüedad de 1 año. El mencionado estudio intentó relacionar las variables de depresión y deterioro cognitivo con la percepción de la calidad de vida.. Los resultados exponen que un 16,6% presenta depresión establecida y un 26,7% depresión leve, un 56.7% está en categoría normal. El promedio en dimensión de calidad de vida es de 71,21 que se clasifica como óptima. (2)

En estos estudios, se pone en evidencia el valor de estudiar la calidad de vida y profundizar también en otros aspectos que se encuentran inmersos en el tema, como son la esfera física y psicológica, para la primera planteamos evaluarla con el índice de Katz, mientras que para la segunda, aplicar el test de Yesavage que mide la presencia y el grado de depresión, complementando las dimensiones que se plantean en los cuestionarios WHOQOL- BREF y WHOQOL-OLD, mismos que son específicos para evaluar la calidad de vida.





## 1.2 PROBLEMA

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud la proporción de personas mayores a 60 años se incrementará entre los años 2000-2050 a un 22%, pasando de 605 millones de habitantes a 2000 millones.(3)

Según el INEC con datos del censo 2010 en Nabón existe una población de 15.892 habitantes, de los cuales se encuentran registrados en bases de datos del Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal (GADM) de Nabón 777 adultos mayores. El índice de envejecimiento a nivel cantonal fue de 29 adultos mayores por cada 100 niños y jóvenes menores de 15 años. Además, cabe recalcar que la población del cantón Nabón es única en la provincia del Azuay, debido principalmente a una presencia importante de población indígena que territorialmente está vinculada a las cuatro comunas jurídicas/cabildos con los que cuenta el cantón, pertenecientes a la identidad KichwaCañarí. (4)(5)

Cabe recalcar que, en cuanto a los adultos mayores a pesar de la existencia de varios programas de apoyo social a este grupo etario por parte del GADM de Nabón, no existen estudios sobre la calidad de vida de los mismos, dicho hecho se pretende obtener tras la descripción del fenómeno observado y analizado, proporcionando datos acerca de existencia de depresión y su grado, dimensiones de salud física, psicológica, social y ambiente, percepciones acerca de la muerte y el proceso de morir, autonomía, y declinación sensorial y limitaciones físicas propias de la edad, para lo cual nos planteamos la siguiente pregunta: ¿Cuál es la calidad de vida de adultos mayores del cantón Nabón? ¿Existen diferencias en la calidad de vida de los adultos mayores mestizos e indígenas? ¿Cuál es la prevalencia de depresión en los grupos investigados? ¿Cuál es el nivel de dependencia de los adultos mayores sujetos de la investigación?



### 1.3 JUSTIFICACIÓN

Según la OMS, la calidad de vida es: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno". (6)(7)

La cantidad de adultos mayores ha crecido en los últimos años y se prevé que continuará este crecimiento, pues según el Ministerio de Inclusión Económica y Social, los adultos/as mayores al 2010 representan el 7% de la población del Ecuador y al 2050 representarán el 18% de la población. Este crecimiento es debido a los avances de la ciencia y la medicina, la higiene y nutrición y las condiciones y estilos de vida favorables. Sin embargo, la longevidad creciente tiene exigencias propias que no pueden desconocerse y se debe asegurar que el alto costo necesario para llegar a viejo se vea compensado con una vida con calidad, en el adulto mayor. (8)

Nabón, se encuentra localizado al sureste de la provincia del Azuay, y se encuentra formado por 4 parroquias que son: Nabón (Cabecera Cantonal), Cochapata, Las Nieves y El Progreso. Además, coexisten dos etnias bien definidas: mestiza e indígena, cada una con costumbres, cultura y tradiciones propias, diferentes formas de pensamiento, más arraigadas en personas adultas mayores, hecho que ha generado un gran interés para buscar semejanzas y diferencias entre ambas etnias en cuanto a su percepción de su calidad de vida. (9)

El tema de adultos mayores ha sido considerado como prioritario por la Facultad de Ciencias Médicas por lo que si menciona como una de sus líneas de investigación. Por su parte el MSP del Ecuador al referirse a las prioridades de investigación, señala la temática de calidad de vida en el área de la salud mental, relacionándola con problemas depresivos.

Nuestra investigación busca conocer la calidad de vida de los adultos mayores del Cantón Nabón mediante la aplicación de varios test que nos permitan saber el grado de depresión, evaluar dimensiones de salud física, psicológica, social, así como ver las limitaciones físicas propias de la edad, entre otros aspectos muy importantes en lo que se refiere a adultos mayores.

Este trabajo pretende contribuir a proporcionar una síntesis de los factores relacionados con la calidad de vida, analizando cada uno de los mismos que influyen en este aspecto. Por ello, se ha visto la necesidad de utilizar varios cuestionarios para tratar de abarcar las múltiples dimensiones que integran la calidad de vida.

Los resultados de esta investigación expresados en tablas y gráficos serán entregados a la Universidad de Cuenca y al Gobierno Autónomo Descentralizado del cantón Nabón para que ellos tomen las acciones que consideren pertinentes.



## CAPÍTULO II

### 2. FUNDAMENTO TEÓRICO

#### 2.1 CALIDAD DE VIDA

El concepto de calidad de vida (CV) no es nuevo, ya que el mismo ha sido debatido desde la época de Platón y a Aristóteles. Sin embargo, durante las pasadas tres décadas el concepto de CV se ha convertido en un centro de atención para la investigación y aplicación en los campos de la educación, de la educación especial, el cuidado de la salud (física y comportamental), los servicios sociales (discapacidad y envejecimiento) y las familias.

Para apreciar plenamente la importancia de este concepto es necesario comprender su significado: por una parte la “calidad” nos hace pensar en excelencia o en un “criterio de exquisitez” asociado a características humanas y a valores positivos, como la felicidad, el éxito, la riqueza, la salud y la satisfacción, en tanto que el concepto “de vida”, compete a la esencia misma o a aspectos fundamentales de la existencia humana. Este significado semántico explica por qué el concepto está impactando de tal modo en los campos de la educación, cuidado de la salud, servicios sociales y de las familias, e han implementado, políticas y prácticas que modifican las vidas de las personas y sus percepciones de una vida de calidad.(10)

La utilización del concepto de CV puede remontarse a los Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial, como una tentativa de los investigadores de la época de conocer la percepción de las personas acerca de si tenían una buena vida o si se sentían financieramente seguras.

El desarrollo del concepto se divide en dos etapas. La primera de ellas, tiene lugar con las primeras civilizaciones y se prolonga hasta finales del siglo XVIII, en la que hay cierta preocupación por la salud pública y privada. En ella, aparecen las primeras normas sociales referidas a la higiene, como es el caso de la contaminación de aguas, estado de alimentos, limpieza de las calles en Inglaterra y Francia, más tarde lo harán en Alemania e Italia. La segunda, surge tras el desarrollo del estado moderno y la instauración de una serie de leyes, que garantizan los derechos y el bienestar del ciudadano. (11)



A finales del siglo XVIII y principios del XIX, aparece una legislación sobre la regulación del trabajo y el descanso, enfermedad, accidentes, maternidad, vejez y muerte. Además, a través de los informes Chadwick 1842 en Inglaterra y Shattuk 1850 en EEUU, se empieza a analizar: “la salubridad pública, condiciones de trabajo, dieta y sistema alimenticio, tasa de mortalidad y la esperanza de vida, sistema de escolarización, estado de las viviendas y de las ciudades, así como las formas de vida de las distintas clases sociales”(11)

Su uso extendido es a partir de los sesenta, cuando los científicos sociales inician investigaciones en CV recolectando información y datos objetivos como el estado socioeconómico, nivel educacional o tipo de vivienda, siendo muchas veces estos indicadores económicos insuficientes, dado que sólo eran capaces de explicar un 15% de la varianza en la CV individual. Frente a esto, algunos psicólogos plantearon que mediciones subjetivas podrían dar cuenta de un mayor porcentaje de varianza en la CV de las personas, debido a que indicadores psicológicos como la felicidad y la satisfacción explicaban sobre un 50% de la varianza.(12)

Diversos autores a lo largo del tiempo han proporcionado varios conceptos sobre CV, entre ellos están:

Hörnquist (1982) que lo hace en términos de satisfacción de necesidades en las esferas física, psicológica, social, de actividades, material y estructural. (13)

Ferrans en 1990 define a la CV general como el bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción con áreas que son importantes para él o ella. (14)

Bigelow y colaboradores en 1991: mencionan que la CV es una ecuación en donde se balancean la satisfacción de necesidades y la evaluación subjetiva de bienestar.(15)

Los australianos Martin y Stockler en 1998, se refieren a la CV como el tamaño de la brecha entre las expectativas individuales y la realidad a menor intervalo.(16)

Barbara Haas, enfermera estadounidense, en 1999 dice que la CV es la evaluación multidimensional de circunstancias individuales de vida en el contexto cultural y valórico al que se pertenece.(17)

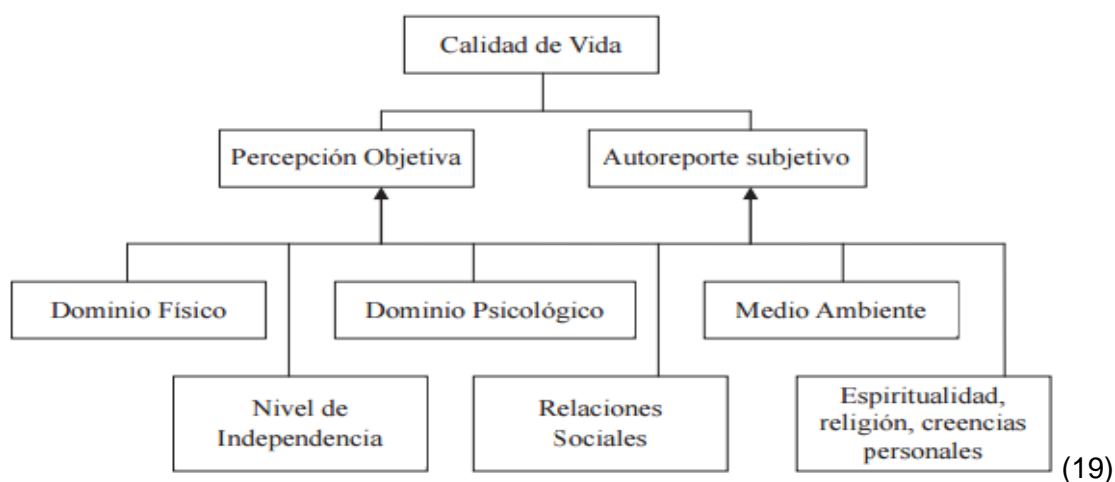


El psicólogo estadounidense Lawton en 2001 define a la CV como la evaluación multidimensional, de acuerdo a criterios intrapersonales y socio-normativos, del sistema personal y ambiental de un individuo.(18)

Por nuestra parte, consideramos que el concepto de CV debe considerarse dentro de una perspectiva cultural, debido a que es un concepto que cambia con las culturas, las épocas y los grupos sociales.

Una definición que a nuestro entender es más integral, es la que ha esbozado la OMS, en el sentido de que la CV es: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con su entorno ".(7)

Figura 1. Diagrama del modelo conceptual de la OMS.



Tomado de: Calidad de vida: una revisión teórica al concepto. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48082012000100006](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082012000100006)

La CV es una combinación de elementos objetivos y de la evaluación individual de dichos elementos. Sería subjetiva y objetiva; una propiedad de la persona más que del ambiente en el cual se mueve. Representa un término multidimensional de las políticas sociales que significa tener buenas condiciones de vida “objetivas” y un alto grado de bienestar “subjetivo”, y también incluye la satisfacción colectiva de necesidades a través de políticas sociales en adición a la satisfacción individual de necesidades, por lo tanto incorpora tres ramas de las ciencias: economía, medicina y ciencias sociales. Está altamente vinculada



con las actividades que el adulto mayor ha realizado durante el transcurso de su vida, lo que puede determinar su grado de dependencia.(7) (20) (21)

Se considera a la CV como un sinónimo de satisfacción personal. Así, la vida sería la sumatoria de las satisfacciones en los diversos dominios de la misma. Este tipo de definiciones también tiene sus distractores, ya que al otorgar el principal foco de interés al bienestar subjetivo y dejar de lado las condiciones externas de vida, supone un individuo capaz de abstraerse, por ejemplo, de su contexto económico, social, cultural, político o incluso de su propio estado de salud, para lograr la satisfacción personal. Sin embargo, a pesar de que se reconoce que la satisfacción es una evaluación individual donde el marco de referencia es personal, no es posible desconocer que esta evaluación es afectada por la experiencia y el juicio de una persona en una determinada situación. (19)

Un punto interesante de discutir y que también lleva relación con la evaluación netamente subjetiva de la CV, es el dilema de la “conciencia”, “insight” o grado de “introspección” necesarios para una auto evaluación, ya que esta afectaría inevitablemente los parámetros y estándares con que la persona se autocalificaría. Este foco de discusión se ha centrado principalmente en el campo del estudio de la CV, en pacientes con problemas mentales, en especial en personas que viven con esquizofrenia, trastornos bipolares o retardo mental o la población de adultos mayores con déficit visual u otras discapacidades.(12)

La CV en la tercera edad es conceptualizada como la percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro de su contexto cultural y de los valores en que vive, muy relacionado con sus objetivos, expectativas e intereses. Según lo mencionado por la OMS, se trata de un fenómeno de percepción subjetiva de cada individuo y que está muy ligado a sus experiencias en la vida. Se puede concluir que la literatura sobre CV concuerda fundamentalmente en tres aspectos; que es subjetiva, que el puntaje asignado a cada dimensión es diferente en cada persona y que este valor puede cambiar a través de la vida.(22)



## 2.2 CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) hace referencia al estado físico, emocional y social que tenga una persona como consecuencia del estilo de vida, la capacidad funcional y la presencia de enfermedades y tratamientos, que puedan influir de una manera positiva o negativa sobre la misma. Entre ellos, es fundamental el estilo de vida relacionado con la salud, que ha generado múltiples estudios con la finalidad de desarrollar y aplicar diferentes estrategias que solucionen los incrementos de los índices de morbilidad en especial por patologías crónico-degenerativas, las mismas que son características en grupos vulnerables, entre ellos: las personas de edades avanzadas. Considerando que el estilo de vida es la libre elección de conductas que hace que las personas elijan hábitos saludables o no; se ha demostrado que llevar un estilo de vida saludable genera una mejor CVRS, mientras que sucede lo contrario con patrones negativos de estilos de vida, tales como: inactividad física, malos hábitos alimenticios, alcoholismo, tabaquismo, entre otros.(23)

Patrick y Erickson en 1993 definen la CVRS como el valor asignado a la duración de la vida, modificado por la oportunidad social, la percepción, estado funcional y la disminución provocada por una enfermedad, accidente, tratamiento o política determinada.(24)

Shumacker y Naughton en 1995 propusieron que la CVRS es: “la evaluación subjetiva de la influencia del estado de salud, los cuidados sanitarios y la promoción de la salud, sobre la capacidad del individuo para mantener un nivel de funcionamiento que le permita realizar las actividades importantes para él y que afectan a su estado general de bienestar siendo sus dimensiones fundamentales: el funcionamiento cognitivo, físico y social, el bienestar emocional, la movilidad y el cuidado personal.”(24)

Otros autores definen a la CVRS como el conjunto de factores relacionados con el estado de salud que integran el concepto multidimensional de CV, en el que intervienen además aspectos no médicos, constituidos por la familia, amigos, ideologías religiosas, trabajo, economía y otros factores de la vida.(25)



La calificación y apreciación de la CVRS varía entre la población, las personas pueden tener una percepción diferente incluso estando en las mismas condiciones, padeciendo la misma enfermedad. Es así como las medidas clínicas basadas en los cambios bioquímicos o fisiológicos son de gran importancia para los médicos, pero generalmente no lo son para los pacientes y con frecuencia se correlacionan poco con su estado funcional, por ejemplo: dos pacientes con iguales criterios clínicos a menudo tienen respuestas opuestas.(25)

Basados en el concepto de CV publicado por la OMS, se debe reconocer que de esta percepción depende la apreciación de bienestar físico, psíquico, social y espiritual de la persona y constituye la esencia de CVRS, esta se refiere al componente de la CV que es determinado por las condiciones de salud de las personas. (26)

En cuanto a la CVRS relacionada con el adulto mayor, algunos autores la definen como la interacción de condiciones propias de la existencia humana, tales como: vivienda, vestimenta, alimentación, educación y las libertades humanas con eventos del proceso de envejecimiento y las adaptaciones del adulto mayor a su medio biopsicosocial. Dicha interacción determina tanto los estados de bienestar como la percepción sobre el valor de la salud física, el temor, el abandono o aislamiento, la dependencia y las relaciones sociales. (27)

Se debe considerar que el envejecimiento puede presentar diversas consecuencias para el ser humano, mismas que pueden deteriorar la CVRS, entre ellas cabe citar a las enfermedades crónicas, pérdida de autonomía y de las capacidades físicas, de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria que genera una mayor dependencia, cambios en el estilo de vida o la presencia de depresión. Debido a ello, es fundamental identificar grupos con peor CV para implementar estrategias para mejorar la misma en todos sus niveles: físico, social y mental.(27)

Los adultos pueden aprender y cambiar, tienen nuevas oportunidades y experiencias que proporcionan una nueva comprensión de las cosas, son lo bastante flexibles y están lo suficiente despiertas para incorporarlas, no así en el caso de los adultos mayores que por lo general se encuentran reacios al cambio.(25)





## 2.3 CALIDAD DE VIDA Y ENVEJECIMIENTO

### 2.3.1 ENVEJECIMIENTO

El término envejecimiento viene de la raíz latina “aetas” que significa la condición de llegar a viejo. En un sentido amplio el envejecimiento se entiende como “un proceso normal de cambios, relacionados con el paso del tiempo, que se inicia al nacer, continúa a lo largo de la vida, siendo la ancianidad la fase final de la vida”(28)

Según la OMS es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente a la muerte. Esos cambios no son lineales ni uniformes, y su vinculación con la edad de una persona en años es más bien relativa. Si bien algunos septuagenarios disfrutan de una excelente salud y se desenvuelven perfectamente, otros son frágiles y necesitan ayuda considerable. Además de los cambios biológicos, el envejecimiento también está asociado con otras transiciones de la vida como la jubilación, el traslado a viviendas más apropiadas y la muerte de amigos y pareja. En la formulación de una respuesta de salud pública al envejecimiento, es importante tener en cuenta no solo los elementos que amortiguan las pérdidas asociadas con la vejez, sino también los que pueden reforzar la recuperación, la adaptación y el crecimiento psicosocial.(29)

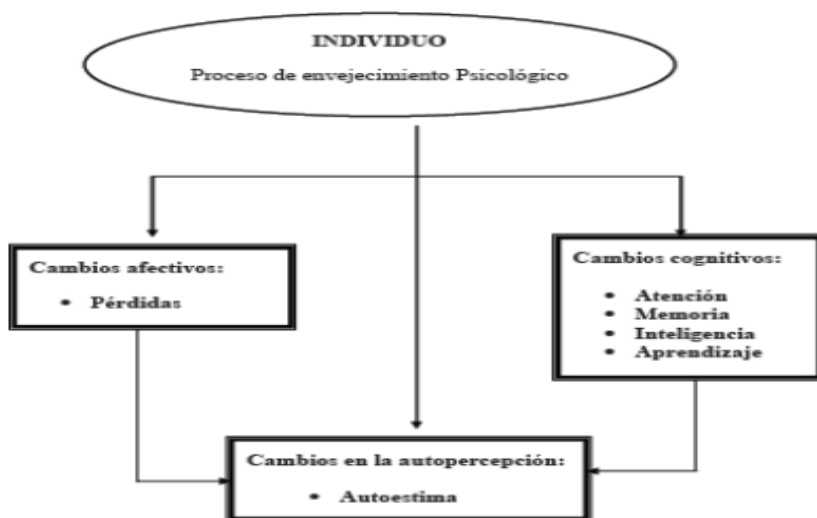
Al considerarse como un proceso irreversible e inevitable, el envejecimiento “se inicia o se acelera al alcanzar la madurez, después de concluir el desarrollo entre los 20 y 30 años de edad. A partir de entonces, los cambios morfológicos, fisiológicos, bioquímicos y psicológicos que se asocian al paso del tiempo tornan al individuo más vulnerable al medio y merma su capacidad de adaptación a los retos de la vida”. Estos cambios o modificaciones se manifiestan en las personas a partir del contexto en el que la persona desarrolló, etapas en su vida pasada y que por ello se presentan como una consecuencia en el presente. Por ello, cada ser humano lleva consigo un proceso de envejecimiento particular, es decir, no todas las personas envejecen de la misma forma y al mismo ritmo, por esta razón, el proceso de envejecimiento no debe considerarse como un proceso homogéneo y estático, a pesar de tratarse de un proceso irreversible e inevitable. (10)



Aunque algunos autores mencionan que el envejecimiento es considerado como el proceso de cambios estructurales y funcionales que se producen a lo largo de la vida, desde el desarrollo embrionario hasta la senescencia, pasando por la madurez. (30)

Con respecto a lo mencionado en el párrafo anterior, se puede acotar que existen varias teorías, entre ellas están las teorías celulares que hacen referencia al estudio de duplicaciones celulares y las teorías de envejecimiento programado, mismas que explican la existencia de un control genético, el cual tiene su origen en el momento del nacimiento y progresivamente va deteriorando el organismo hasta provocar su deceso.(31)

Se puede entender la vejez, como el conjunto de cambios biológicos, psicológicos y sociales, normal e inherente a todo individuo que deja huella a nivel físico y en el comportamiento de cada uno, reflejado en el estilo de vida y en su interacción con el medio, y que repercute en el sistema social y económico de la sociedad, es irreversible y constante, que se inicia desde el nacimiento mismo. Un proceso cuya calidad está directamente relacionada con la forma como la persona satisface sus necesidades a través de todo su ciclo vital.(32)



(28)

Tomado de: García F. Calidad De Vida De Adultos Mayores Hombres De Una Delegación Del Municipio De Toluca. 2014. Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/41351/Tesis%20Final%20Felipe.pdf?sequence=1>



### 2.3.2 ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL

El envejecimiento también ocurre en las poblaciones y es lo que se conoce como envejecimiento demográfico o poblacional. Se produce por el aumento en la importancia relativa del grupo de adultos mayores y la disminución del porcentaje de los menores, como consecuencia del descenso de la natalidad. Este proceso de cambio en el balance entre generaciones está sucediendo en América Latina y en Ecuador de una manera mucho más rápida que la que ocurre en países desarrollados. Latinoamérica debe enfrentar los retos de este proceso con menos recursos y más apuro de la que tuvieron los países ricos. El Ecuador se muestra como un país en plena fase de transición demográfica, este fenómeno demuestra que los adultos/as mayores al 2010 representan el 7% de la población del Ecuador y al 2050 representarán el 18% de la población. El envejecimiento poblacional es uno de los fenómenos de mayor impacto de nuestra época lo que ocasiona un aumento de personas de 65 y más años de edad y el aumento de los índices de enfermedades crónico degenerativas e incapacidades.(33)

Cabe mencionar que el proceso de envejecimiento poblacional tiene serias implicaciones a la sociedad, al sistema de salud y a la familia. La prolongación de la vida, el incremento de la morbilidad y la discapacidad, sumado a las políticas de equidad y justicia social, incrementan las demandas de atención a los adultos mayores en el hogar y la necesidad de acceso a los servicios. No obstante, la voluntad política, ciertas condiciones sociales, económicas y organizativas, sobrepasan la capacidad resolutive del sistema de salud y de la asistencia social que requieren las personas de edad avanzada, lo que provoca desafíos importantes para mantener la cobertura con calidad, la sostenibilidad del sistema y la satisfacción de los usuarios y sus familias.(34)

Vera Miyar y Hernández García, refiriéndose al envejecimiento poblacional señalan que ésta a la vez que ordena el incremento de los gastos de la seguridad y asistencia social, de los servicios médicos y de la atención especializada de los ancianos, plantea un reto aún mayor y más difícil para la sociedad: la necesidad de garantizar la incorporación de los adultos mayores a la vida social y familiar, preparar los espacios y proyectos más adecuados para lograrlo y de esta manera poder atender al desarrollo personal del anciano y contrarrestar el lado negativo del envejecimiento poblacional. Tiene gran influencia sobre los procesos de morbilidad y mortalidad, con un aumento de las enfermedades crónicas y degenerativas, las discapacidades, los accidentes y otras vinculadas a la salud mental, sin excluir las enfermedades transmisibles emergentes y



remergentes, debido a ello, se propone implementar diversas estrategias acordes a cada nivel de atención. Este hecho se agrava por el aumento de población comprendida entre los 75 años y más, siendo este grupo el más vulnerable, que requerirá de criterios específicos para la atención social y de salud individuales y colectivos.(34)

Además algo que contribuye al envejecimiento poblacional en aumento es la revolución científico-técnica y esto a su vez ha provocado un impacto a nivel del sistema de salud por un mayor acceso a los servicios de salud, especialmente los de Atención Primaria, mismos que aún no tienen la capacidad ni los recursos necesarios para brindar una atención de calidad, calidez a este grupo etario.(35)

Conforme a lo publicado por el Instituto Nacional de Estadística y Censo de Ecuador [INEC], hay en este país aproximadamente 940.905 que son mayores de 65 años, es decir el 7 % de la población nacional, siendo la distribución por género de 53% para las mujeres y de 47% para los hombres. De igual forma El 11% de los adultos mayores vive sola/o, advirtiendo que esta proporción aumenta en la costa ecuatoriana (12,4%); entre tanto los adultos mayores que viven acompañados lo hacen en casa de sus hijos (49%), nieta/o (16%) y esposa/o o compañera/o (15%) del total poblacional de adultos mayores El 81% dice estar satisfecho con su vida y el 28% refiere sentirse desamparado. (8) (36)

## **2.4 ADULTO MAYOR**

Grupo etario que comprende personas que tienen 65 o más años de edad. Por lo general, se considera que los adultos mayores, sólo por haber alcanzado este rango de edad, se los reconoce como pertenecientes a la tercera edad o ancianos. De acuerdo con la información censal, las condiciones socioeconómicas en las que viven los adultos mayores en nuestro país son, en su mayoría, deficitarias. Se estima que el 57,4%, correspondiente a 537.421 personas, se encuentra en condiciones de pobreza y extrema pobreza. La causa de esta situación expuesta es la dificultad que enfrentan los adultos mayores para generar ingresos monetarios, debido principalmente a que, con el envejecimiento y a medida que aumenta la edad, la posibilidad de ser parte de la población económicamente activa disminuye por no existir plazas laborales adecuadas a su condición.(9)

En el adulto mayor, la salud es definida como la capacidad para atenderse a sí mismo y desenvolverse en el seno de la familia y la sociedad, la cual le permite desempeñar sus



actividades de la vida diaria por sí solo. El hecho de que la persona tenga una limitación funcional para realizar alguna de sus actividades de la vida diaria le afectará en su CV. El grupo de edad avanzada desea estar libre de enfermedades. Una de las estrategias más importantes para obtener estos cambios es la participación del individuo con responsabilidad, mediante el auto cuidado.(37)

El 55,4% de los Adultos Mayores en nuestro país se encuentra congregada en las provincias de Guayas, Pichincha, Manabí y Azuay, y la provincia de Tungurahua es la que presenta el índice de envejecimiento más alto a nivel nacional con el 29,8%, lo que significa que existen 30 adultos mayores por cada 100 personas menores a 15 años de edad.(38)

Las alteraciones, cambios biológicos y funcionales más comunes que se presentan en los adultos mayores según Quintanilla son:

- Se produce un enlentecimiento de las funciones generales de los sistemas, que se traduce en una disminución de los reflejos, de los impulsos nerviosos, de la capacidad de respuesta a los aprendizajes nuevos, disminución de la irrigación sanguínea, así como de las respuestas a los estímulos sexuales.
- Falta de elasticidad y flexibilidad que inciden en la capacidad motriz.
- Cambios a nivel hormonal, especialmente de menopausia en la mujer.
- Alteraciones en el sistema sensorio-perceptivo, particularmente la disminución de la visión y el oído.
- Cambios en la piel, como resultado de la falta de hidratación, la falta de elasticidad y la aparición de arrugas.
- Aparición de problemas circulatorios, varicosidad, la acentuación visible de las venas.
- Caída y escasez de cabello y aparición de canas.(28)

El peso corporal se incrementa cerca del 25% en hombres y 18% en mujeres, la grasa corporal aumenta entre 18 y 36% en varones y de 33 a 48% en mujeres; se pierde masa del músculo estriado y disminuye el agua corporal en un 50%. Se presentan variaciones de la estatura de aproximadamente cinco centímetros en hombres y tres centímetros en mujeres, además de alteraciones vasculares y degenerativas, con lo que existe una disminución en el balanceo durante la marcha. (28)

Muchos ancianos se encorvan y mueven poco las extremidades superiores e inferiores, suelen arrastrar los pies al caminar y necesitan el apoyo de bastones, andaderas, o el brazo de otra persona, lo que limita el desplazamiento y desenvoltura en la locomoción.



El metabolismo disminuye, las células nerviosas se degeneran, reduciendo de este modo los axones y las sinapsis, así como una disminución de la velocidad de conducción, lo que explica el enlentecimiento de la información y la falta de sensibilidad periférica de los adultos mayores. Estas alteraciones neurológicas se manifiesta a nivel de los receptores sensoriales, presentan dificultad en concentración, conceptualización, amnesia, atención, memoria (les cuesta recordar sucesos recientes, y mantienen frescos episodios del pasado). También presentan alteraciones del ritmo de sueño, que corresponde a una alteración de las 24 horas y de la organización del sueño lento y paradójico; las fases no se respetan en duración, lo que les ocasiona insomnio y sueño interrumpido.(28)

En lo individual se hace patente la conciencia de que la muerte cada vez está más cerca; la vida y la muerte adquiere un nuevo sentido y la respuesta ante ella, que con base a la historia personal, puede ser de rechazo o de aceptación como en último suceso de la vida, por otro lado, el envejecer proporciona al individuo la posibilidad de transformar su función en la familia, y establecer nuevas relaciones con sus hijas/os y sus nietas/os; finalmente, el individuo de la tercera edad debe ser capaz de afrontar las pérdidas de amigos y cónyuge.(28)

## 2.5 HERRAMIENTAS PARA VALORAR CALIDAD DE VIDA

El concepto de CV es multidimensional y subjetivo y refleja el requerimiento de desarrollar instrumentos de medición que abarquen todas las dimensiones del concepto. En ese sentido, se han creado varios cuestionarios como: el método de las necesidades básicas insatisfechas, el índice de desarrollo humano, el Barthel index, el Medical Outcomes Study, el Functional Status Index, el Functional Independence measure y el índice de pobreza multidimensional, pero estas son insuficientes, ya que no abarcan en su totalidad el concepto de CV. (39)

Ante esta situación la OMS ha desarrollado cuestionarios como: SEIQoL-DW: Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life Direct Weight, WHOQOL-OLD, WHOQOL-100, WHOLQ-BREF. Otras escalas son: la escala FUMAT, que se utiliza para evaluar de forma objetiva la CV de los usuarios de servicios sociales y personas con discapacidad; la escala de CV de Sharlock y Keith (1993), basada en un concepto de CV con aspectos objetivos y subjetivos para personas con y sin discapacidad que desarrollan una actividad



laboral; EuroQol-5D; European Quality of Life-5 Dimensions, se diseñó con la finalidad de medir la CV, y utilizar los datos proporcionados para la investigación clínica y los servicios sanitarios, pudiéndose hacer comparaciones con otros países; cuestionario de CV para Ancianos elaborado por Lozano y cols en 1999 que consta de cuatro etapas.(40)

Como se puede apreciar existen una serie de herramientas que se utilizan actualmente para determinar la CV en adultos mayores, para este estudio se aplicarán las siguientes que se detallan a continuación:

### 2.5.1 WHOQOL-OLD

El proyecto WHOQOL-OLD (World Health Organization Quality of Life- Old) inicio en 1999, como una cooperación científica de varios centros, el objetivo principal fue desarrollar y evaluar una medida genérica de CV en adultos mayores para uso internacional y transcultural. Así se construyó el cuestionario WHOQOL-OLD, cuyo origen se remonta a los cuestionarios de CV de la OMS; WHOQOL-100 o el WHOQOL-BREF que fueron utilizados para medir la CV en la población adulta en general, de los cuales se pensaba que su uso era adecuado también en la población de adultos mayores.(38)

Estimando la posibilidad de que ciertas dimensiones son valoradas de una perspectiva propia en los distintos grupos etarios, se realizaron una serie de estudios pilotos en diversas regiones como Inglaterra, España, Francia, Japón, Brasil y otros que dieron como resultado la culminación de este instrumento transcultural.(38)

Es una escala tipo Likert que consta de 24 ítems que puntúan en un rango de 1 a 5. Está dividida en seis facetas o dimensiones, cada una de ellas con cuatro ítems, que evalúa distintos aspectos:

- Dimensión 1: Capacidad sensorial, con preguntas como “¿En qué medida los problemas con su vista, oído, gusto, olfato y tacto afectan su vida diaria?”.
- Dimensión 2: Autonomía, con preguntas como “¿Cuánta libertad tiene para tomar sus propias decisiones?”.
- Dimensión 3: Actividades pasadas, presentes y futuras, con preguntas como “¿Cuánto siente que ha recibido el reconocimiento que merece en la vida?”.
- Dimensión 4: Participación/aislamiento, con preguntas como “¿En qué grado está satisfecho con su nivel de actividad?”.



- Dimensión 5: Intimidad, con preguntas como “¿En qué medida tiene oportunidades para amar?”.
- Dimensión 6: Muerte y agonía, con preguntas como “¿En qué grado está asustado de morir?”.

La puntuación resultante de sumar los reactivos de cada dimensión oscila entre 5 y 20 puntos. La puntuación del cuestionario en su totalidad va de 24 a 120 puntos.(41)

### 2.5.2 WHOQOL-BREF

El WHOQOL-BREF de 26 reactivos se desarrolló como una versión breve del WHOQOL-100 (de 100 reactivos) para evaluar la CV de forma que permitiera resumir áreas y se empleara en aquellos casos en los que se requiriera contar con una evaluación más rápida y sencilla que no por ello perdiera sus propiedades psicométricas. Las cuatro áreas que cubre este cuestionario son salud física, salud psicológica, relaciones sociales y medio ambiente. En la población de ancianos se le ha utilizado para una gran cantidad de casos, como CV percibida y actividad física en sujetos brasileños, CV en supervivientes de terremotos, discapacidad y CV en personas con vértigo, predictores de cambio en CVRS en individuos deprimidos y CV en diferentes ambientes residenciales.(42)

WHOQOL-BREF utilizó un diseño de corte transversal en 23 países de todo el mundo para evaluar las propiedades psicométricas del instrumento. Para su validez y aplicabilidad se examinó las respuestas de más de 10.000 participantes y se encontraron propiedades psicométricas sólidas en consistencia interna así como validez discriminante y de constructo, lo que sugiere que se trataba de un instrumento intercultural que evalúa cuatro dimensiones de la CV. Desde que fue desarrollado, el WHOQOL-BREF ha sido utilizado en cientos de estudios. Lo que ha convertido en una medida transcultural confiable y válida de CV.(43)

### 2.5.3 ESCALA DE YESSAVAGE

Para adultos mayores, se cuenta con la escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS). Esta escala tiene la particularidad de que explora únicamente síntomas cognoscitivos de un episodio depresivo mayor, con un patrón de respuesta dicotómica para facilitar la respuesta por el evaluado. Una primera versión de la escala constaba de 30 ítems (GDS-30).





La GDS-15 consta de 15 ítems con un patrón de respuesta dicotómico (sí o no) que investiga síntomas cognoscitivos de un episodio depresivo mayor, durante los últimos quince días. Excluye intencionalmente los síntomas depresivos somáticos, debido a la alta prevalencia en adultos mayores, que podrían limitar la validez del cuestionario. Se da un punto a cada respuesta sugestiva de un episodio depresivo. Para diligenciar esta escala se necesitan cinco minutos, en promedio. (44)

La sensibilidad de esta herramienta fue del 92 %, y la especificidad fue del 89 % cuando la evaluación se realizó con criterios diagnósticos. La validez y confiabilidad de la herramienta han sido respaldadas tanto con la consulta como con la investigación clínica. En un estudio de validación que comparaba los cuestionarios corto y largo de GDS para la autocalificación de los síntomas de la depresión, ambos cumplieron su objetivo para diferenciar entre adultos deprimidos y no deprimidos con una correlación alta ( $r = 0,84$ ,  $p < 0,001$ ) (44)

Para la versión de 15 ítems, se aceptan los siguientes puntos de corte: Normal: 0-4 puntos. Depresión leve: 5-9 puntos. Depresión severa: 10-15 puntos.(45)

#### 2.5.4 ÍNDICE DE KATZ

En el presente estudio se planteó la aplicación y valoración del índice de Katz debido a que dentro de la CV también se encuentra la dimensión física, para ello, con la finalidad de profundizar en este aspecto se considera oportuno evaluar el test.

La escala de valoración conocida como Índice de Katz fue elaborada en 1958 por un grupo multidisciplinar dirigido por el Dr. Sidney Katz, del The Benjamin Rose Hospital de Cleveland, para enfermos hospitalizados afectados de fractura de cadera y publicada en el año 1963. En la actualidad, es utilizada principalmente en el campo de la rehabilitación y de la geriatría. (46)

Se trata de un instrumento para evaluar la independencia de un enfermo en cuanto a la realización de las actividades básicas de la vida diaria. En muchos casos, puede ser contestado por el propio enfermo, en otros deben ser los familiares, y en todo caso, deberá mediar una exploración adecuada. Consta de seis ítems dicotómicos que evalúan la capacidad o incapacidad de efectuar una serie de tareas, los mismos que constan de



6 actividades (baño, vestido, uso de retrete, transferencias y alimentación) y una función corporal (continencia) La capacidad para realizar cada una de las tareas se valora con 0, mientras que la incapacidad, con 1. El programa evalúa la puntuación final, y clasifica al enfermo en tres grados de incapacidad. Esta suele ser la valoración más utilizada, aunque originariamente los autores agrupaban progresivamente cada uno de los ítems, señalando con diversas letras (A, B, C...etc.) el tipo de dependencia, según la función estudiada fuera clasificada de una forma u otra. (46) (47)

## 2.6 ESTADO DEL ARTE

Diversos estudios realizados en el contexto local, nacional e internacional, dan cuenta del interés que existe sobre esta temática. Así, encontramos que Segarra estudiando “Calidad de vida y funcionalidad familiar en el adulto mayor de la parroquia Guaraynag, Azuay” durante el periodo entre 2015-2016, en el cual se incluyó a 146 participantes, encuestados a través del cuestionario WHOQOL-BREF, obteniéndose los siguientes resultados: CV baja entre el 23 y el 28%. (48)

En el Cantón Cuenca, Sigüenza y colaboradora estudiaron: “Calidad de vida en el adulto mayor en las parroquias rurales de la ciudad de Cuenca” durante el año 2013. Este estudio descriptivo contó con 350 adultos mayores, aplicando el instrumento WHOQOL-BREF. En los resultados la media de edad fue de 74,8 años, el 61,27% respondió que su calidad de vida en general era normal, al menos 1 de cada 4 adultos mayores puntuó como mala su calidad de vida. Según la satisfacción con su salud, el 48,3% respondió satisfactoriamente, sin embargo el 44,9% se siente poco satisfecho y el 2,6% muy insatisfecho, los mejores resultados fueron de hombres, en unión libre, con nivel de escolaridad secundaria completa, que viven con sus parejas.(49)

Clavijo y Martínez, realizaron un estudio en las parroquias de Bellavista y Hermano Miguel en Cuenca, durante el periodo agosto 2010 a enero 2011 sobre trastornos del sueño, funcionalidad familiar y calidad de vida del adulto mayor, el estudio fue de 60 adultos mayores, entre los resultados la mayoría tiene más de 79 años, fueron varones, casados, poseen una mala calidad de sueño, no utilizan medicamentos para dormir, poseen una buena calidad de vida. Llegando a la conclusión que la calidad de sueño si se encuentra relacionado con la CV, una mala calidad de sueño determina un riesgo aumentado en 2,25 veces de poseer una mala calidad de vida.(50)



A nivel nacional, Herrera y colaboradores en un estudio: “Percepción de calidad de vida mediante el cuestionario Whoqol- Old en adultos mayores que asisten a la consulta externa del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor de Quito” en el 2016 con 249 pacientes, se observó que de acuerdo con el puntaje global de calidad de vida se obtuvo una media de 85,5 sobre 120 puntos. El 85% de los adultos mayores percibe su calidad de vida como buena calidad y el 15% como medianamente buena. Los adultos mayores que viven con sus parejas o con su pareja e hijos tienen mejor percepción de calidad de vida que los que viven solos, con sus hijos o con otro familiar. Los adultos mayores separados, viudos y solteros tienen menor percepción de calidad de vida. (38)

Molina y colaboradores en Jama perteneciente a la provincia de Manabí se llevó a cabo el estudio: “Problemas que tienen las familias en el cuidado del adulto mayor por su dependencia en actividades básicas de la vida diaria y su influencia en la calidad de vida que presentan, luego del terremoto del 16-a, en el centro jama 1, Periodo octubre - diciembre 2016.” Con una muestra de 172 adultos mayores de 65 años a los cuales se les aplicó el Índice de Katz. Se obtuvo un grado de dependencia según el índice de Katz de 1,74 % de la población en todas las 6 funciones y un 79,65% son independientes.(51)

Reyes y colaboradores estudiaron: “Valoración integral de adultos mayores en centros gerontológicos de Guayaquil” en una muestra no probabilística intencional. Los resultados indicaron que en la población 92% son mujeres, el test de Katz indicó que 94% son funcionalmente independientes, el de Yesavage estableció que 76% no tiene manifestaciones depresivas. A partir de estos resultados se pudo concluir que tienen una buena calidad de vida.(52)

Ramón llevó a cabo un estudio: “Incidencia de depresión y su impacto en el estado nutricional en adultos mayores, en el Centro Programa Geriátrico del cantón Celica durante el periodo febrero - julio 2016”. Con 53 adultos mayores y se empleó un diseño de tipo descriptivo, transversal y correlacional, que incluyó la utilización del test de Yesavage. Obteniéndose los siguientes resultados: entre 75-84 años los niveles de depresión establecida fueron del 71.4% mientras los ancianos de 65-74 años presentan depresión leve en un 100%. De acuerdo al género en la población estudiada la depresión leve afectó con mayor frecuencia al género masculino con un 75%, mientras que en el género femenino predomina la depresión establecida con el 62.5%, siendo los pacientes viudos, quienes presentan depresión establecida en un 61.5%, seguido de los adultos mayores casados quienes tienen depresión leve en un 60%. (53)



Acosta y colaboradores estudiaron: “Soledad, depresión y calidad de vida en adultos mayores mexicanos”. Con 489 personas adultos mayores, del sur del estado de Sonora. Se usaron la escala de Yesavage y el WHOQOL-OLD. Se obtuvieron los siguientes resultados: una percepción negativa hacia las vivencias en el etapa de la vejez, en conjunto con la percepción de soledad social y familiar, las dimensiones de soledad que principalmente explican los síntomas de depresión presente en un 52% y el deterioro en la calidad de vida, así como una mayor edad y la ausencia de una pareja(43,1%).(54)

Hernández y colaboradores estudiaron: “Salud y calidad de vida en adultos mayores de un área rural y urbana del Perú” en la población de 447 adultos mayores, entre los años 2014- 2016 del área rural y urbana, se midieron y compararon los puntajes por dimensiones obtenidos en los instrumentos WHOQOL-BREF y WHOQOL-OLD y el puntaje total de este último. La población adulta mayor del área rural tuvo mayor calidad de vida en las dimensiones "física", "psicológico" y "medioambiente" del WHOQOL-BREF y en "habilidades sensoriales", "autonomía", "actividades del pasado, presente y futuro", "participación social" y en el puntaje total del WHOQOL-OLD; mientras que aquellos del área urbana sólo mostraron mayor calidad de vida en la dimensión "intimidad". El área de residencia ejerce un efecto diferencial en las distintas dimensiones de la calidad de vida relacionada a salud de la población adulta mayor estudiada.(55)

Urzúa y colaboradores estudiaron: “El efecto de valorar la importancia atribuida a cada área de la vida en el autoreporte de la calidad de vida en adultos mayores”, en Argentina, se encuestó a 398 adultos mayores con la escala específica de calidad de vida WHOQOLD-OLD. Las preocupaciones respecto de la muerte estarían vinculadas a una peor evaluación de la calidad de vida, en tanto, el estar satisfecho con las actividades realizadas y por realizar, estaría relacionada con una mejor percepción de calidad de vida. Se encuentra además que el tener mayor o menor edad, ser hombre o mujer influiría en la percepción de esta.(56)

Silva y colaboradores llevaron a cabo el estudio denominado: “Punto de corte para WHOQOL-bref como medida de la calidad de vida de los adultos mayores” en Brasil. En la investigación participaron 391 adultos mayores pertenecientes al Distrito de Salud del Noroeste en Belo Horizonte en el periodo comprendido entre octubre del 2010 y mayo del 2011, obteniéndose los siguientes resultados: 60 como punto de corte óptimo para evaluar la calidad de vida percibida y la satisfacción con la salud. El área bajo la curva



fue 0,758, con una sensibilidad del 76,8% y una especificidad del 63,8% para un límite de  $\geq 60$  para la calidad de vida general y una sensibilidad del 95,0% y una especificidad del 54,4% para un límite de  $<60$  para la calidad de vida general.(57)

Kumar y colaboradores en la investigación: “Calidad de vida (QOL) y sus factores asociados utilizando WHOQOL-BREF entre ancianos en Puducherry urbano, India” se realizó un estudio transversal comunitario entre 300 sujetos evaluados mediante WHOQOL-BREF e índice de Katz. La calidad de vida fue significativamente baja entre aquellos sin escolaridad (39,3%), sin su pareja (36,3%) y grupos con un índice de Katz que denotaba dependencia (6%). (58)

Domínguez y colaboradores, estudiaron: “Capacidad funcional y nivel cognitivo de adultos mayores residentes en una comunidad en el sur de Brasil” participaron 368 adultos mayores. Para la recolección de los datos se utilizó: Índice de Katz. Se pudo apreciar un predominio de mujeres (64,9%), casados (46,5%), con algún grado de escolaridad (90,8%). En cuanto a la capacidad funcional 93,48% son independientes para las actividades básicas de la vida diaria. (59)



## CAPÍTULO III

### 3. OBJETIVOS

#### 3.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar la calidad de vida desde una perspectiva de salud de los adultos mayores indígenas y mestizos del cantón Nabón.

#### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar a la población.
2. Determinar las características de calidad de vida, depresión, funcionalidad y dependencia de los sujetos investigados
3. Establecer semejanzas y diferencias entre las poblaciones estudiadas



## CAPÍTULO IV

### 4. DISEÑO METODOLÓGICO

#### 4.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio descriptivo transversal.

#### 4.2 ÁREA DE INVESTIGACIÓN

Cantón Nabón ubicado al sureste de la provincia del Azuay, cuenta con 63.328,18 Hectáreas. Limita al norte con los cantones Girón y Sigsig, al este con los cantones Gualaquiza de Morona Santiago y el cantón 28 de Mayo (Yacuambi) de Zamora Chinchipe, por el sur con el cantón Oña y por el oeste con los cantones Saraguro de la provincia de Loja, Santa Isabel y Girón de la provincia del Azuay. Está formado por 4 parroquias: Nabón (Cabecera Cantonal), Cochapata, Las Nieves y El Progreso. La parroquia Nabón abarca a su vez el territorio indígena (35% del total de la población cantonal se auto identifica como indígena, según el último censo poblacional), integrado por cuatro comunas jurídicas: **Shiña, Chunazana, Morasloma y Puca**. Una de sus características geográficas es la dispersión de su territorio, lo que impide un fácil acceso a las diferentes comunidades y dificulta la comunicación entre ellas. Tiene una población de 15.892 habitantes (según el VII Censo de Población y VI de vivienda) distribuidos de la siguiente manera: el 6,9% en la zona urbana y el 93,1% en la zona rural. Alrededor del 23% de la población es analfabeta y la escolaridad media en el área rural es apenas de 3,6 años. Gran parte de la población (76.4%) vive en una situación de pobreza por necesidades básicas insatisfechas (las cuales incluyen vivienda, salud y empleo). En este cantón coexiste la población indígena y la mestiza lo que le ha merecido el título de “Patrimonio Cultural del Ecuador”.(4)(9)

##### 4.2.1 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Adultos mayores (65 años o más) pertenecientes al cantón Nabón de la provincia del Azuay, mestizos e indígenas.

#### 4.3 UNIVERSO Y MUESTRA.

- El universo de nuestro estudio estuvo conformado por 777 adultos mayores del cantón Nabón, de los cuales 243 pertenecieron a la zona indígena y 534 fueron mestizos.



- Se obtuvo una muestra por conglomerados, correspondiente a los dos grupos étnicos presentes. Los sujetos de estudio fueron abordados en las reuniones mensuales de cada comunidad, las mismas que eran planificadas por gestión social del GAD de Nabón. El cálculo del tamaño muestral se obtuvo mediante aplicación de la fórmula de Fisher para universos finitos, de la siguiente manera:

- Para la zona indígena:

N: 243

k:1,96

e:5%

p:0.5

q:0.5

n: 150

$$n = \frac{\alpha^2 \times N \times p \times q}{e^2 \times (N-1) + \alpha^2 \times p \times q}$$

La muestra para el conglomerado indígena fue de 150 adultos mayores.

- Para la zona mestiza:

N: 534

k:1,96

e:5%

p:0.5

q:0.5

n: 224

$$n = \frac{\alpha^2 \times N \times p \times q}{e^2 \times (N-1) + \alpha^2 \times p \times q}$$

La muestra para el conglomerado de la zona mestiza fue de 224 adultos mayores.

La muestra total fue de 374 adultos mayores.

## 4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN

### 4.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Los sujetos de estudio fueron adultos mayores (65 años o más), que residen en el cantón Nabón, sin importar su nivel económico y que aceptaron voluntariamente participar en la investigación y firmaron el consentimiento informado.

### 4.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Todas las personas que a pesar de encontrarse en el Cantón Nabón no vivían en el mismo.

Personas adultos mayores con alteración de sus funciones cognitivas que dificultaban la realización de los tests.





## 4.5 VARIABLES

### 4.5.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
<b>Sexo</b>	Condición que distingue al hombre de la mujer	Femenino Masculino	Respuesta a la pregunta Sexo	Femenino Masculino
<b>Edad</b>	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha de la encuesta calculada en años cumplidos de los adultos mayores de Nabón, según criterio de la OMS.	1. Adulto mayor joven 2. Adulto mayor 3. Adulto longevo	En números de años cumplidos	65-74: Adulto mayor joven 75-90 Adulto mayor >90 Adulto mayor longevo.
<b>Etnia</b>	Comunidad humana definida por afinidades raciales, lingüísticas, culturales, etc.	Mestizo Indígena.	Autodefinición y pertenencia a comunidades	Mestizo. Indígena.
<b>Estado civil</b>	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	1. Soltera/o 2. Casada/o 3. Viuda/o. 4. Divorciada/o 5. Unión libre.	Testimonio o cédula de identidad	1. Soltera/o. 2. Casada/o. 3. Viuda/o. 4. Separada/o. 5. Unión libre
<b>Instrucción</b>	Nivel de educación de acuerdo a la asistencia a una unidad educativa.	Ninguno Básico Bachillerato Superior	Años de estudio	1. Ninguno. 2. Primaria incompleta. 3. Primaria completa. 4. Secundaria incompleta. 5. Secundaria completa. 6. Superior.
<b>Vive con alguien</b>	Individuo/os con las que vive el adulto mayor.	Solos acompañados	Personas en el mismo hogar.	1. Sola/o. 2. Con esposa/o. 3. Familiares.
<b>Calidad de vida</b>	Percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas, inquietudes(7)	Muy mal. Poco Lo normal Bastante bien Muy bien	Percepción individual a la pregunta: ¿Cómo puntuaría su calidad de vida?	1. Muy mala. 2. Regular 3. Normal 4. Bastante buena 5. Muy buena



		Adaptación ambiental: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Salud física</li> <li>• Ambiente</li> </ul>	Sumatoria de puntaje a las preguntas 3,4,10,15,16, 17 y 18.  8,9,12,13,14, 23,24y 25 del cuestionario WHOQOL BREF	7= Nada 8-14= Poco satisfecho 15-21=Satisfecho 22-28=Bastante satisfecho 29-35= Extremadamente satisfecho 8= Nada 9-16=Poco satisfecho 17-24=Satisfecho 25-32=Bastante satisfecho 33-40= Extremadamente satisfecho
		Actividad física: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Participación.</li> <li>• Funcionamiento sensorial.</li> <li>• Autonomía.</li> </ul>	Sumatoria de puntaje a las preguntas 14,16,17 y 18 1,2, 10 Y 20  3,4,5 Y 11 del cuestionario WHOQOL OLD.	4=Nada 5-8=Poca cantidad 9-12=En moderada cantidad 13-16=Mucha 17-20=En extrema cantidad
<b>Depresión</b>	Problema de salud pública que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas.(60)	Presencia de depresión. Ausencia de depresión.	Número de respuestas afirmativas al cuestionario de Yesavage	0 - 4: Sin depresión 5 ó +: Depresión
<b>Funcionalidad</b>	Conjunto de actividades que el adulto mayor puede hacerlas con o sin ayuda	Dependiente Independiente	Sumatoria de la puntuación del índice de Katz	0 puntos = independiente 1= dependiente leve. 2 - 3 puntos = dependiente moderado. 4 - 6 puntos = dependiente severo.

## 4.6 MÉTODOS Y TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

**MÉTODO:** Encuesta.

**TÉCNICAS:** para la realización de este proyecto se realizó la aplicación de varios test a los adultos mayores mestizos e indígenas de Nabón en varios horarios dentro del cantón,



para tener el mayor alcance y la mayor fiabilidad posible de las muestras. Esta labor se realizó con la ayuda de personal comprometido con la investigación. Los pasos a seguir fueron:

- 1) Revisión de los test para conocimiento, facilidad y correcta aplicación.
- 2) Obtención de una cantidad de copias de estos test que cubra las necesidades del proyecto en cuanto a población se refiere.
- 3) Ingreso a las comunidades con la autorización correspondiente.
- 4) Encuesta a los adultos mayores en periodos de tiempo en los que puedan cumplir con los test en condiciones óptimas.
- 5) Aplicación de los tests.
- 6) Organización de los resultados de tal manera que permita un buen análisis de los mismos.
- 7) Elaboración de conclusiones de dichos datos obtenidos.

El control de calidad de datos se mantuvo mediante la aplicación de los tests a grupos pequeños en espacios de tiempo en que los adultos mayores puedan responder con total calma, bajo la observación y guía del personal responsable, los tests fueron realizados en espacios cerrados para mantener un mayor orden y control. Así también se llevó un registro de los adultos mayores que realizaron la encuesta para garantizar la calidad de la misma.

**INSTRUMENTOS:** cuestionarios: WHOQOL-BREF, WHOQOL- OLD, desarrollados y validados por la OMS y en diversos estudios a través de proyectos de epidemiológicos, test de Yesavage, o denominado también “Escala de Depresión Geriátrica”, creada por Yesavage, mismo que ha sido probado y usada extensamente con la población de adultos mayores, con una sensibilidad del 92% y especificidad del 89%, cuando la evaluación se realizó con criterios diagnósticos y finalmente, el índice de Katz que fue creado por un equipo multidisciplinario dirigido por S. Katz del The Benjamín Rose Hospital (un hospital geriátrico y de enfermos crónicos de Cleveland, Ohio), está validado en varios idiomas, países, entornos culturales y niveles socioeconómicos. (Anexos.1,2,3,4)

#### 4.7 PROCEDIMIENTOS

**AUTORIZACIÓN:** se contó con la autorización y la base de datos de adultos mayores del GAD del cantón Nabón. (Anexo 5)



**CAPACITACIÓN:** revisión bibliográfica, revisión y socialización de los diversos cuestionarios.

**SUPERVISIÓN:** el trabajo fue supervisado por el personal del GAD Nabón, el Dr. Jorge Parra, director del proyecto de investigación.

#### 4.8 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Al tratarse de una investigación descriptiva, las variables que se presentaron fueron de tipo cualitativo. Utilizamos las pruebas estadísticas apropiadas para conseguir dar una correcta interpretación de los datos y describir cómo será tratada la información.

##### **Plan de análisis. Comparación de la calidad de vida de adultos mayores entre zonas mestiza e indígena de Nabón.**

<b>Objetivos</b>	<b>Variables</b>	<b>Plan de tabulación</b>	<b>Análisis Descriptivo</b>
1. Caracterizar a la población.	Sexo, edad, estado civil, instrucción, etnia.	Prevalencia de habitantes según edad y sexo, estado civil, etnia y nivel de instrucción	Tablas simples y cruzadas.
2. Determinar las características de depresión, funcionalidad, dependencia de los sujetos investigados.	Calidad de vida, vive con alguien, salud física, ambiente, participación, funcionamiento sensorial, autonomía, depresión y funcionalidad.	Prevalencia de niveles de calidad de vida depresión y funcionalidad de los adultos mayores.	Tablas simples y cruzadas.
3. Establecer semejanzas y diferencias entre las poblaciones estudiadas.	Sexo, etnia, calidad de vida, vive con alguien, salud física, ambiente, participación, funcionamiento sensorial, autonomía, depresión y funcionalidad.	Comparación de prevalencias de niveles de calidad de vida, depresión y funcionalidad entre mestizos e indígenas, además de diferencia de	Tablas simples, tablas cruzadas y graficos.



		prevalencias entre calidad de vida y etnia	
--	--	--	--

#### 4.8.1 PROGRAMAS UTILIZADOS PARA EL ANÁLISIS DE LOS DATOS.

**SPSS.Statistics.21.0:** es un programa estadístico informático muy usado en las ciencias exactas, sociales y aplicadas. Es uno de los programas estadísticos más conocidos teniendo en cuenta su capacidad para trabajar con grandes bases de datos y una sencilla interfaz para la mayoría de los análisis.

**Microsoft Excel:** Es un programa creado y distribuido por Microsoft office para hojas de cálculo. Permite a los usuarios elaborar formatos y tablas que incluyan cálculos matemáticos representados en forma de fórmulas , el programa muestra las celdas organizadas en filas y columnas, y cada celda contiene datos o una fórmula, con referencias relativas ,absolutas o mixtas a otras celdas, por lo tanto Excel también nos es útil para tratar “listas” o “Base de datos”; es decir agrupar, ordenar y filtrar la información.

#### 4.9 ASPECTOS ÉTICOS

Las encuestas se realizaron de manera voluntaria, bajo ningún tipo de presión, a un grupo de adultos mayores, a los cuales se les explicó los objetivos y la razón de ser del proyecto. La información obtenida se manejó de manera adecuada, utilizándose únicamente para los fines pertinentes. Se presentó el consentimiento informado para que los sujetos del estudio puedan expresar su voluntad si desean participar en el presente estudio. (Anexo 6)

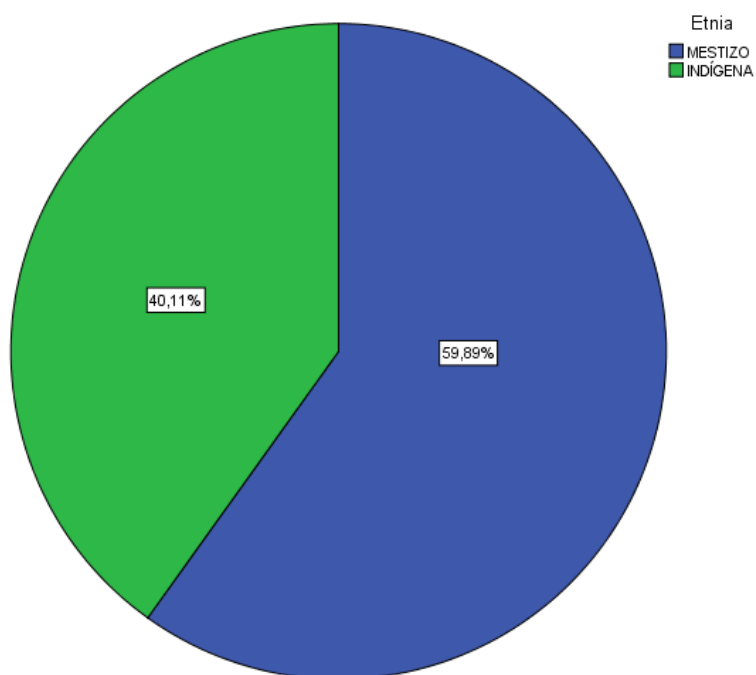


## CAPÍTULO V

### 5. RESULTADOS

#### 5.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

Gráfico 1: Distribución de 374 adultos mayores del cantón Nabón según etnia. Cuenca. 2017



**Fuente:** Base de datos

**Autores:** Rodríguez M., Verdugo E.

Como se puede apreciar en el gráfico, este denota un mayor porcentaje de adultos mayores que se autodenominan como mestiza/os, superior en un 19,78% a los que se consideran indígenas.



Tabla 1. Distribución de 374 adultos mayores del cantón Nabón según edad y etnia.  
Cuenca. 2017

EDAD	ETNIA				TOTAL	
	Mestizo		Indígena			
65-74 años	132	35.3%	70	18.7%	202	54.0%
75-90 años	89	23.8%	77	20.6%	166	44.4%
≥91 años	3	0.8%	3	0.8%	6	1.6%
TOTAL	224	59.9%	150	40.1%	374	100.0%

**Fuente:** Base de datos

**Autores:** Rodríguez M., Verdugo E.

ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS	ETNIA	
	Mestizo	Indígena
Media	74.23	75.57
Mediana	73	75
Moda	65	65-70-77
Desvío estándar	7.14	7.21
Mínimo	65	65
Máximo	97	97
<b>TOTAL</b>	224	150

**Fuente:** Base de datos

**Autores:** Rodríguez M., Verdugo E.

En cuanto a la edad clasificada en grupos definidos por la OMS relacionada con los grupos étnicos, se puede apreciar que existen valores similares, existiendo un predominio de adultos mayores jóvenes (65-74) mestizos de 16,6% superior al mismo grupo de adultos mayores que se autodenominan como indígenas. La edad promedio de los adultos mayores mestizos es de 74,23 años, con un desvío estándar (DS) de 7,14; a diferencia de los adultos mayores indígenas quienes tienen una edad promedio de 75,57 años con un DS de 7,21, datos que nos indican que no existe una diferencia de variabilidad significativa entre las dos poblaciones de estudio.



Tabla 2. Distribución de 374 adultos mayores del cantón Nabón según características sociodemográficas. Cuenca. 2017

CARACTERÍSTICA		ETNIA				TOTAL	
		Mestizo		Indígena			
SEXO	Femenino	122	32.6%	79	21.1%	201	53.7%
	Masculino	102	27.3%	71	19.0%	173	46.3%
ESTADO CIVIL	Soltera/o	28	7.5%	7	1.9%	35	9.4%
	Casada/o	141	37.7%	102	27.3%	243	65.0%
	Viuda/o	51	13.6%	34	9.1%	85	22.7%
	Separada/o	4	1.1%	2	0.5%	6	1.6%
	Unión libre	0	0.0%	5	1.3%	5	1.3%
¿CON QUIÉN VIVE?	Solo/a	57	15.2%	33	8.8%	90	24.1%
	Con esposo/a	122	32.6%	97	25.9%	219	58.6%
	Familiares	45	12.0%	20	5.3%	65	17.4%
INSTRUCCIÓN	Ninguno	31	8.3%	98	26.2%	129	34.5%
	Primaria incompleta	135	36.1%	43	11.5%	178	47.6%
	Primaria completa	55	14.7%	9	2.4%	64	17.1%
	Secundaria completa	3	0.8%	0	0.0%	3	0.8%
TOTAL		224	59.9%	150	40.1%	374	100.0%

**Fuente:** Base de datos

**Autores:** Rodríguez M., Verdugo E.

Se estudiaron 374 adultos mayores del cantón Nabón, existiendo un predominio del sexo femenino en ambas etnias. En lo que se refiere al estado civil, la mayoría se encuentran casados en las dos poblaciones estudiadas, pero llama la atención que en el grupo de adultos mayores indígenas exista un 1,30% de los sujetos estudiados que están en unión libre, hecho que no sucede en los adultos mayores mestizos. Además, es importante considerar que un 8,20% más de adultos mayores indígenas que los adultos mayores mestizos “viven solos”. En cuanto al grado de instrucción, preocupa que en los adultos mayores indígenas predomine la categoría: “ninguno” con una diferencia de 26,2% superior a la de los participantes mestizos, preocupa también que ambas etnias la mayoría apenas alcanzaron la primaria incompleta y solo una minoría completo algún grado de instrucción, cabe recalcar que esto puede estar dado por la falta de instituciones educativas y recursos a nivel del cantón de aquella época.





## 5.2. CALIDAD DE VIDA

Tabla 3. Distribución de 374 adultos mayores del Cantón Nabón, según respuesta a la pregunta: ¿Cómo calificaría usted su calidad de vida? (WHOQOL BREF). Cuenca. 2017

CRITERIO	FRECUENCIA	%
Muy mala	16	4,3
Poco mala	70	18,7
Normal	218	58,3
Bastante buena	53	14,2
Muy buena	17	4,5
<b>TOTAL</b>	<b>374</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Base de datos

**Autores:** Rodríguez M., Verdugo E.

En cuanto a la autopercepción sobre su calidad de vida que señalan los adultos mayores del Cantón Nabón participantes en el estudio, la mayoría (58,3%) lo califica como “normal”. Preocupa que el 23% considere que su calidad de vida es “muy mala o poco mala”, en tanto que apenas un 4,5% considere como su calidad de vida como “muy buena”



## 5.3 ADAPTACIÓN AMBIENTAL

### 5.3.1 SALUD FÍSICA

Tabla 4. Distribución de 374 adultos mayores del cantón Nabón según autopercepción sobre satisfacción con su salud física (WHOQOL BREF). Cuenca. 2017

CRITERIO	FRECUENCIA	%
Poco satisfecho	27	7.2
Satisfecho	242	64.7
Bastante satisfecho	104	27.8
Extremadamente satisfecho	1	0.3
<b>TOTAL</b>	<b>374</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Base de datos

**Autores:** Rodríguez M., Verdugo E

En cuanto a la autopercepción sobre salud física de la población estudiada se puede apreciar que un 7,2 % refiere que está “poco satisfecho” y conforta que un 92,8 % menciona que tiene un nivel considerable de satisfacción en este dominio.



## 5.3.2 AMBIENTE

Tabla 5. Distribución de 374 adultos mayores del cantón Nabón según autopercepción sobre satisfacción con su ambiente (WHOQOL BREF). Cuenca. 2017

CRITERIO	FRECUENCIA	%
Poco satisfecho	55	14.7
Satisfecho	227	60.7
Bastante satisfecho	87	23.3
Extremadamente satisfecho	5	1.3
<b>TOTAL</b>	<b>374</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Base de datos

**Autores:** Rodríguez M., Verdugo E.

En cuanto a la autopercepción sobre satisfacción con el ambiente en el que se desenvuelve la población estudiada, preocupa que un 14,7% piensa que su ambiente es “poco satisfecho”, pero a su vez, tranquiliza en gran medida que la mayoría, un 85,3% de adultos mayores, está con un nivel de satisfacción aceptable.



## 5.4 ACTIVIDAD FÍSICA

### 5.4.1 PARTICIPACIÓN

Tabla 6. Distribución de 374 adultos mayores del cantón Nabón según autopercepción sobre su nivel de participación (WHOQOL OLD). Cuenca. 2017

CRITERIO	FRECUENCIA	%
Poca	57	15,2
En moderada cantidad	113	30,2
Mucha	177	47,3
En extrema cantidad	23	6,1
<b>Total</b>	<b>374</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Base de datos

**Autores:** Rodríguez M., Verdugo E

En cuanto a la autopercepción sobre el nivel de participación de los adultos mayores estudiados se puede apreciar que la mayoría (53,4%) lo califica como “muchas o en extrema cantidad”. Preocupa que el 15,2% considere que su participación es “poca”.



## 5.4.2 FUNCIONAMIENTO SENSORIAL

Tabla 7. Distribución de 374 adultos mayores del cantón Nabón según autopercepción sobre su nivel de funcionamiento sensorial (WHOQOL OLD). Cuenca. 2017

CRITERIO	FRECUENCIA	%
Poco	45	12
En moderada cantidad	158	42,2
Mucho	166	44,4
En extrema cantidad	5	1,3
<b>Total</b>	<b>374</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Base de datos

**Autores:** Rodríguez M., Verdugo E.

En cuanto a la autopercepción sobre el nivel de funcionamiento sensorial de la población estudiada, preocupa que el 12% lo considera como “poco”. La mayoría (86,6%) señala “moderada cantidad y mucho” y solo 5 adultos mayores (1,3%) manifiesta “en extrema cantidad”



## 5.4.3 AUTONOMÍA

Tabla 8. Distribución de 374 adultos mayores del cantón Nabón según autopercepción sobre su nivel de autonomía (WHOQOL OLD). Cuenca. 2017

CRITERIO	FRECUENCIA	%
Nada	1	0,3
Poca	9	2,4
En moderada cantidad	88	23,5
Mucha	232	62,0
En extrema cantidad	44	11,8
<b>Total</b>	<b>374</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Base de datos

**Autores:** Rodríguez M., Verdugo E.

En cuanto a la autopercepción sobre el nivel de autonomía de los adultos mayores estudiados se puede apreciar que la mayoría (73,8%) lo califica como “muchas o en extrema cantidad”, mientras que solo 10 adultos mayores (2,7%) manifestaron “nada o poca” autonomía.



## 5.5 DEPRESIÓN

Tabla 9. Distribución de 374 adultos mayores del cantón Nabón según presencia o no de depresión (Test Yesavage). Cuenca. 2017

CRITERIO	FRECUENCIA	%
Sin depresión	173	46.3
Con depresión	201	53.7
<b>TOTAL</b>	<b>374</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Base de datos

**Autores:** Rodríguez M., Verdugo E.

De la población estudiada, 374 adultos mayores de Nabón, en general mestizos e indígenas, evaluados mediante el test de Yesavage, preocupa que el 53,7% de adultos mayores presenta depresión (CIE10: F32.9).



## 5.6 FUNCIONALIDAD

Tabla 10. Distribución de 374 adultos mayores del cantón Nabón según nivel de dependencia sobre actividades básicas de la vida diaria (Índice de Katz). Cuenca. 2017

CRITERIO	FRECUENCIA	%
Independiente	331	88,5
Dependiente leve	21	5,6
Dependiente moderado	15	4,0
Dependiente severo	7	1,9
<b>Total</b>	<b>374</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Base de datos

**Autores:** Rodríguez M., Verdugo E

En cuanto al nivel de dependencia en las actividades básicas en la población estudiada se puede apreciar que la mayoría (88,5%) manifestaron ser “independientes”, mientras que preocupa que 22 adultos mayores (5,9%) señalaron dependencia moderada y severa.





## 5.7 CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON ETNIA.

Tabla 11. Distribución de 374 adultos mayores de Nabón según calidad de vida y etnia. Cuenca 2017

CALIDAD DE VIDA	ETNIA					
	Mestizo		Indígena		TOTAL	
Muy mala	8	3.6%	8	5.3%	16	4.3%
Regular	36	16.1%	34	22.7%	70	18.7%
Normal	133	59.4%	85	56.7%	218	58.3%
Bastante buena	33	14.7%	20	13.3%	53	14.2%
Muy buena	14	6.3%	3	2.0%	17	4.5%
TOTAL	224	100.0%	150	100.0%	374	100.0%

**Fuente:** Base de datos**Autores:** Rodríguez M., Verdugo E.

Conforta en gran medida que en ambas etnias predomina la percepción de calidad de vida “normal”, pero preocupa que los adultos mayores indígenas perciban su calidad de vida como “muy mala” y “regular” en un 8,3% más que los adultos mayores mestizos.

**Diferencia de proporciones**

Para la obtención del cálculo de diferencia de proporciones se dicotomizó la variable calidad de vida mediante el punto de corte de la herramienta de SPSS: pruebas no paramétricas, opción rachas, de la variable calidad de vida en mala calidad formada por las categorías “muy mala” y “regular” y calidad de vida aceptable constituida por: “normal”, bastante buena” y “muy buena”.

Etnia	Tamaño de la muestra (N)	Mala calidad de vida (x)	Proporción general (P)
Mestizos	224	44	0.1964
Indígenas	150	42	0.2800
<b>TOTAL</b>	374	86	0.2299

q=0.7701

**Hipótesis:**

**Hipótesis nula (H<sub>0</sub>):** La proporción de mala calidad de vida de adultos mayores mestizos es igual a la proporción de adultos mayores indígenas.

**Hipótesis alternativa (H<sub>A</sub>):** La proporción de mala calidad de vida de adultos mayores mestizos no es igual a la proporción de adultos mayores indígenas.

**Z calculado:1.8832**



### Interpretación:

**Probabilidad aproximada:** como  $Z_c$  es menor a  $Z$  teórico,  $1,882 < 1,96$  ( nivel de confianza 95%) se acepta la hipótesis nula, por lo que no hay diferencia significativa.

**Probabilidad exacta:** Valor de que no se deba al azar:  $0.4699 \times 2 = 0.9398$ . Valor al azar:  $1 - 0.9398 = 0.0602 > 0.05$ ; por lo tanto aceptamos la hipótesis nula la diferencia no es significativa.

**Por tanto**, la proporción de mala calidad de vida de los adultos mayores mestizos es igual a la proporción de adultos mayores indígenas.

### Diferencia de proporciones etnia y calidad de vida aceptable

Etnia	Tamaño de la muestra	Calidad de vida aceptable	Proporción general
Mestizos	224	180	0.8035
Indígenas	150	108	0.7200
<b>TOTAL</b>	<b>374</b>	<b>288</b>	<b>0.7700</b>

$$q = 0.2299$$

### Hipótesis:

**Hipótesis nula ( $H_0$ ):** La proporción de calidad de vida aceptable de adultos mayores mestizos es igual a la proporción de adultos mayores indígenas.

**Hipótesis alternativa ( $H_A$ ):** La proporción de calidad de vida aceptable de adultos mayores mestizos no es igual a la proporción de adultos mayores indígenas.

**Z calculado: 2.5410**

### Interpretación:

**Probabilidad aproximada:** como  $Z_c$  es mayor a  $Z$  teórico,  $2.5410 > 1,96$  ( nivel de confianza 95%) se rechaza la hipótesis nula, y se acepta la hipótesis alternativa por lo que hay diferencia significativa.

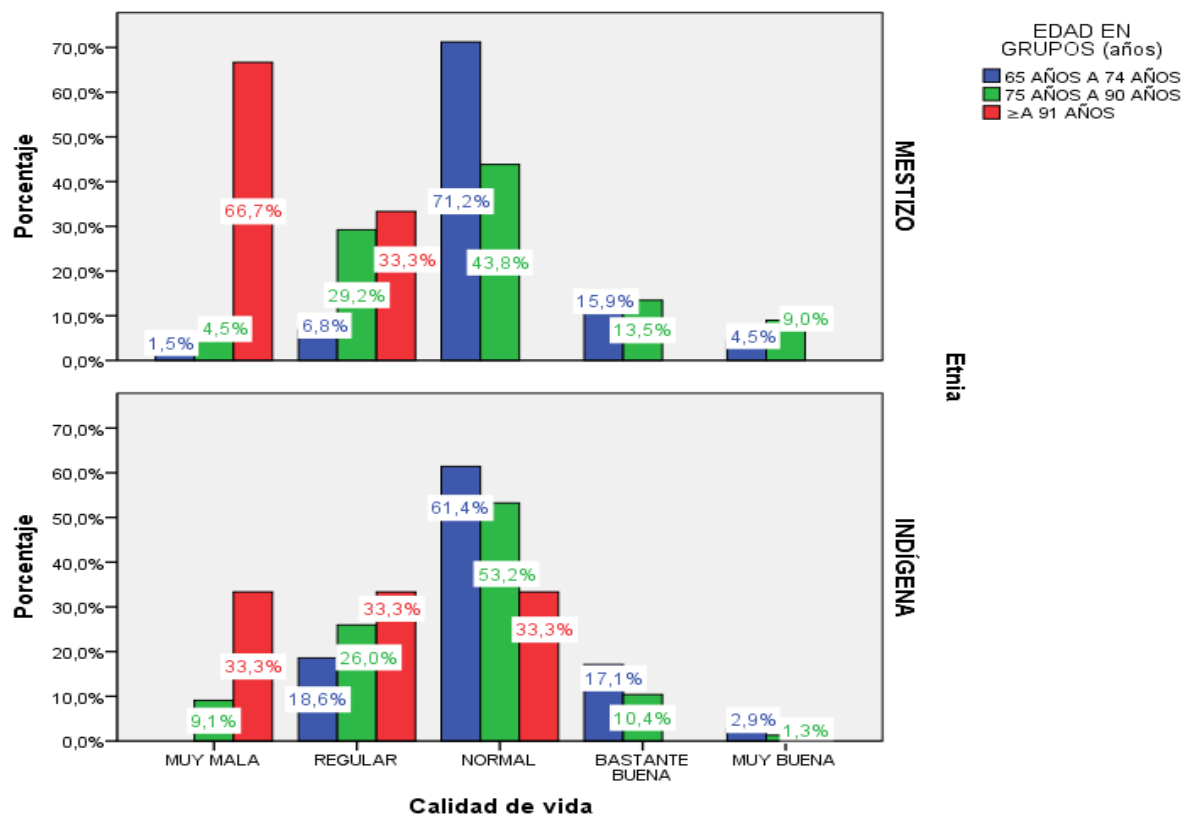
**Probabilidad exacta:** Valor de que no se deba al azar:  $0.4945 \times 2 = 0.989$ . Valor al azar:  $1 - 0.989 = 0.011 < 0.05$ ; por lo tanto aceptamos la hipótesis alternativa, la diferencia es significativa.

**Por tanto**, la proporción de calidad de vida aceptable de los adultos mayores mestizos no es igual a la proporción de adultos mayores indígenas.



## 5.8 CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON EDAD Y ETNIA.

Gráfico 2. Comparación entre calidad de vida de mestizos e indígenas del cantón Nabón según grupos de edad. Cuenca. 2017



**Fuente:** Base de datos.

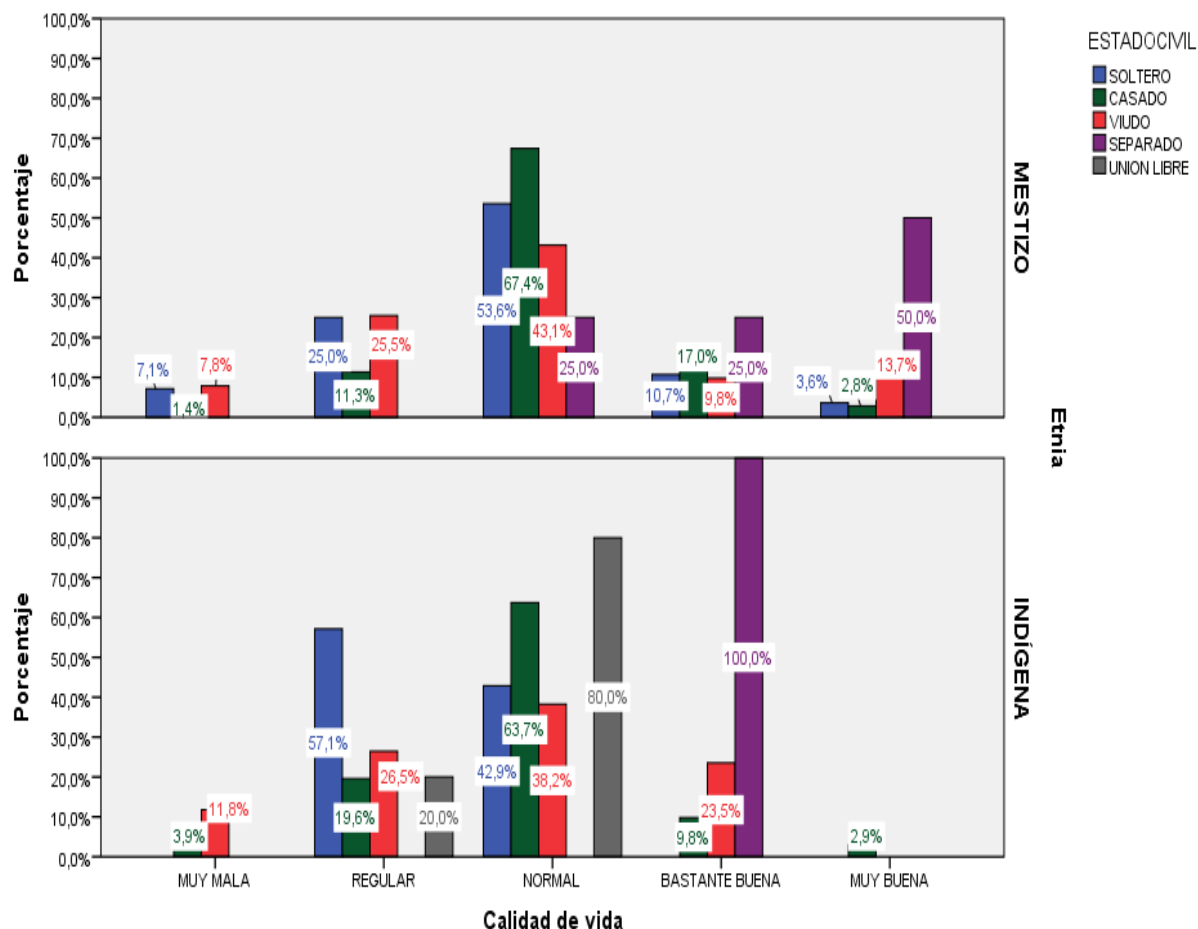
**Autores:** Rodríguez M., Verdugo E.

En cuanto a los adultos mayores longevos (mayores de 90 años), existe una diferencia de 33,40% entre mestizos e indígenas debido a que el doble del primer grupo percibe su calidad de vida como “muy mala”, además un 33,30% de los indígenas la perciben como “normal”, mientras que preocupa que ningún adulto mayor longevo mestizo la refiere de esa manera. En el grupo de adultos mayores (75-90 años), existen valores muy similares entre ambas etnias, pero preocupa una diferencia de 4,60% a favor de la población indígena quienes califican a su calidad de vida como: “muy mala”. En tanto que del grupo de adultos mayores jóvenes (65-74 años) en la zona indígena ningún sujeto estudiado refiere su calidad de vida como “muy mala” a diferencia de un 8,3% de los mestizos que consideran su calidad de vida entre “muy mala y poco mala”.



## 5.9 CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON ESTADO CIVIL Y ETNIA

Gráfico 3. Comparación entre calidad de vida de mestizos e indígenas del cantón Nabón según estado civil. Cuenca. 2017



Fuente: Base de datos.

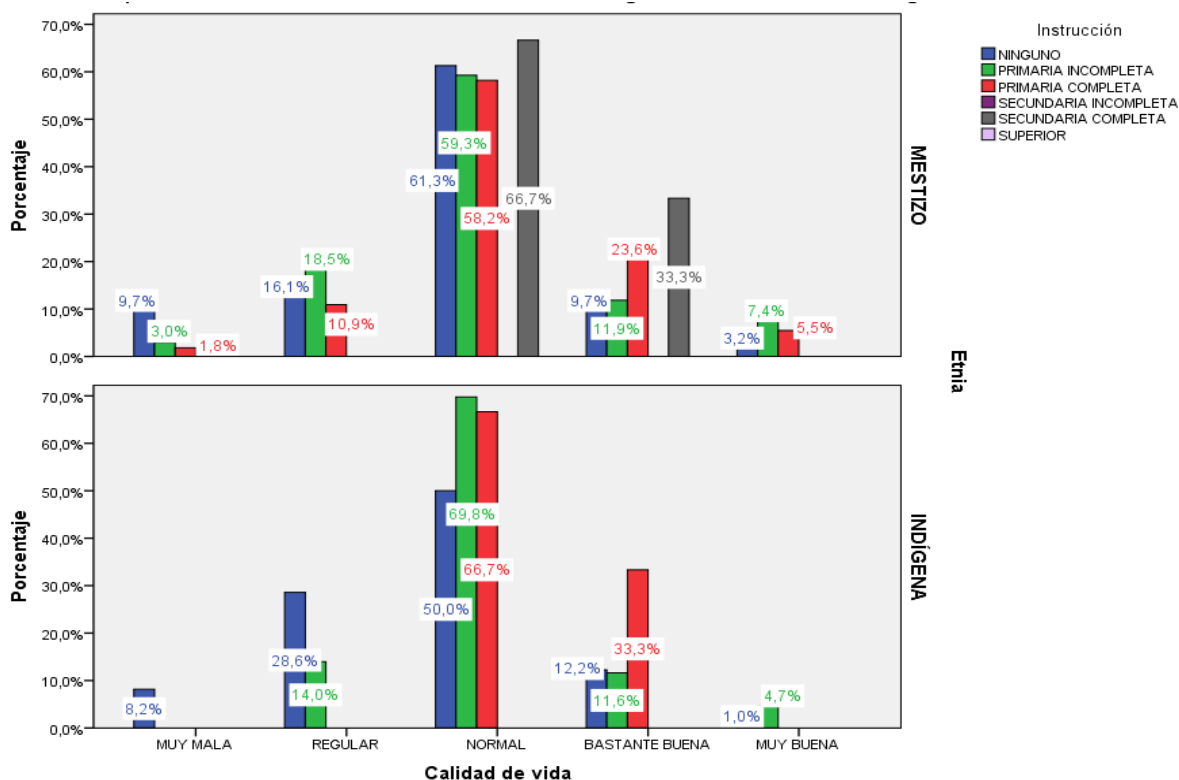
Autores: Rodríguez M., Verdugo E.

En cuanto a la autopercepción, la población mestiza señala que el 32,1% de solteros presentan una calidad de vida entre “mala y regular”, mientras que en la población indígena el 57,1% manifestó esta calidad de vida, lo cual es preocupante. El 14,3% de mestizos solteros señalaron entre “bien y bastante bien”, a diferencia de la ausencia de la misma en indígenas solteros. El 12,7% de adultos mayores mestizos casados manifestó una calidad de vida entre “muy mala y regular”, mientras que en la población indígena un 10,8% más indicó este nivel de calidad de vida. En la población indígena se presentaron 5 adultos en unión libre a diferencia de la mestiza en la cual no hubo casos, de ellos el 80% manifestaron calidad de vida normal.



## 5.10 CALIDAD DE VIDA, ETNIA E INSTRUCCIÓN

Gráfico 4. Comparación entre calidad de vida de mestizos e indígenas del cantón Nabón según instrucción. Cuenca. 2017



**Fuente:** Base de datos

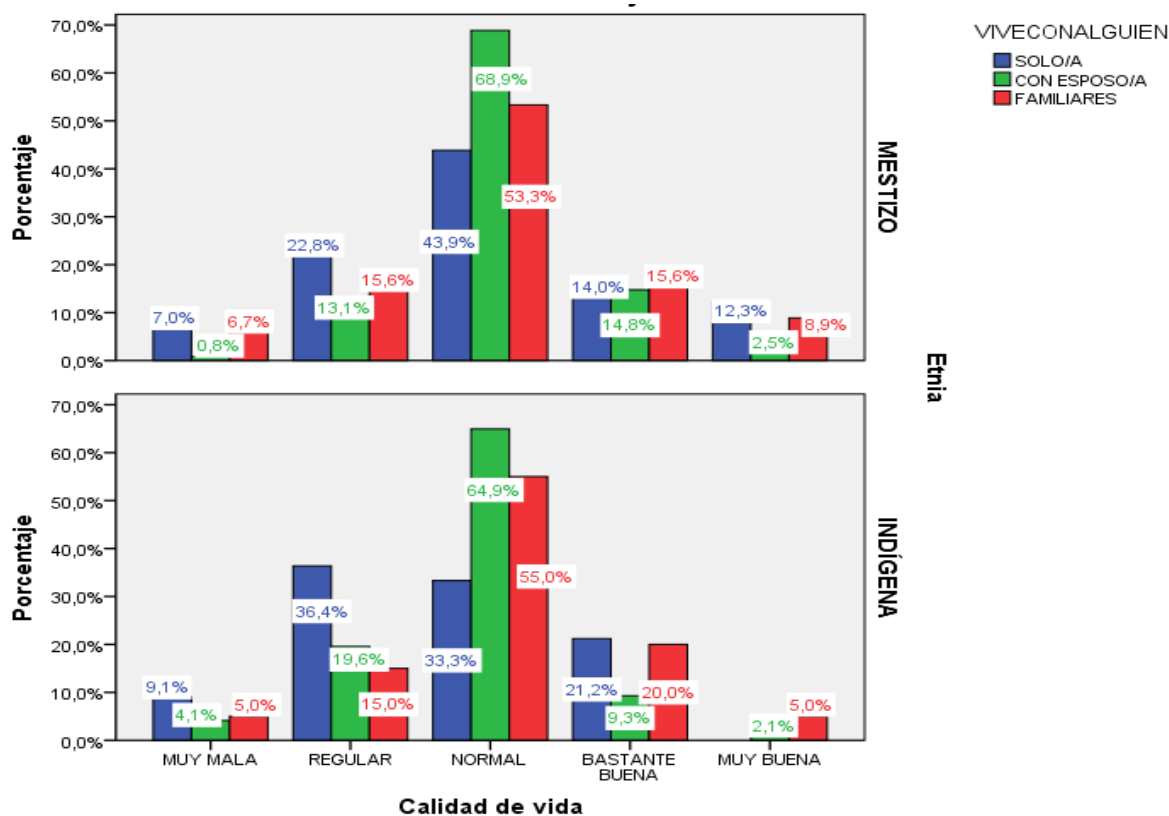
**Autores:** Rodríguez M., Verdugo E.

Es preocupante que de las personas encuestadas que no tienen ningún nivel de instrucción aprobado, especialmente en la zona indígena perciban su calidad de vida como “muy mala” y “regular” en un 36,8% mientras que en la zona mestiza es un 11% menos en las categorías mencionadas con anterioridad. Llama la atención que únicamente en la zona mestiza existen personas que han culminado su secundaria, quienes refieren que tienen una calidad de vida entre “normal” y “bastante buena” y de la misma manera los indígenas con primaria completa perciben una calidad de vida buena.



## 5.11 CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON ETNIA Y SITUACIÓN CON QUIÉN VIVE EL ADULTO MAYOR

Gráfico 5. Comparación entre calidad de vida de mestizos e indígenas del cantón Nabón según con quien vive el adulto mayor. Cuenca. 2017



**Fuente:** Base de datos.

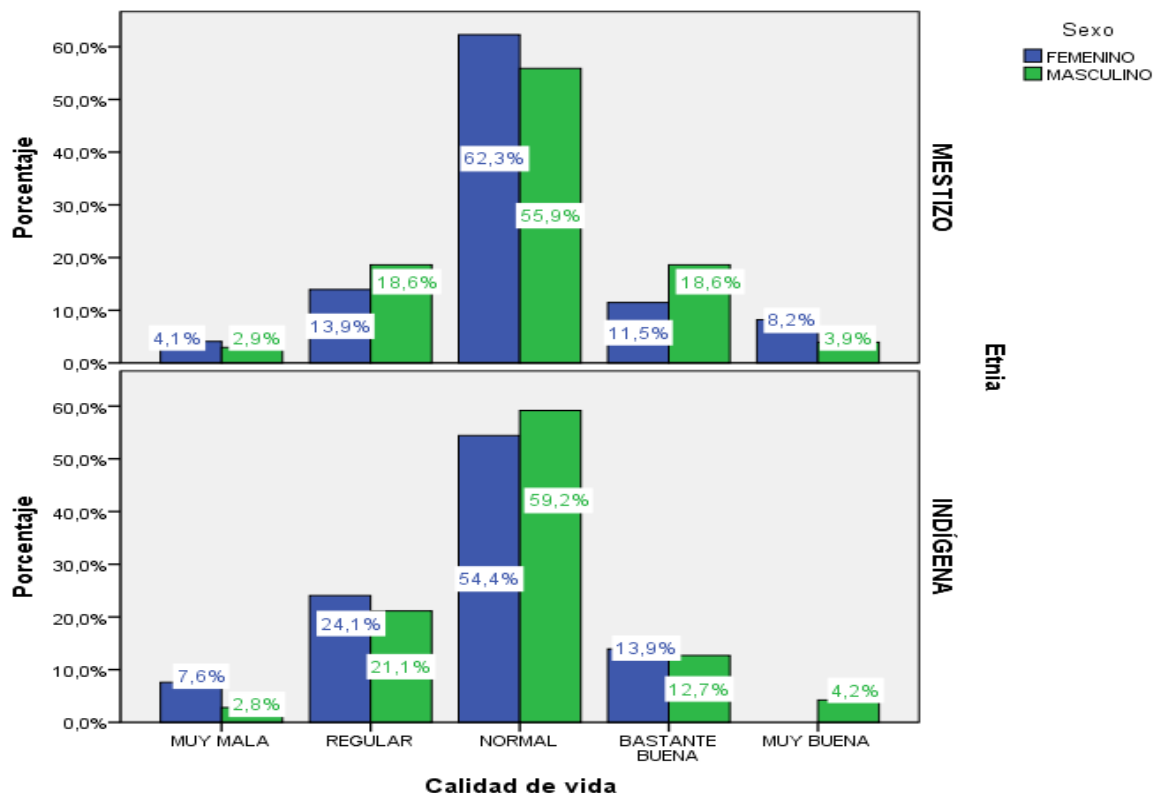
**Autores:** Rodríguez M., Verdugo E.

En cuanto a la autopercepción sobre calidad de vida, la población mestiza señala que el 29,8% de adultos mayores que viven solos presentan entre “muy mala” y “regular”, mientras que en la población indígena el 45,5%, lo cual es preocupante. El 13,9% de adultos mayores mestizos que viven con sus parejas manifestó una calidad de vida entre “muy mala y regular”, a diferencia de la población indígena 9,8% más indicó este nivel de calidad de vida.



## 5.12 CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON ETNIA Y SEXO

Gráfico 6. Comparación entre calidad de vida de mestizos e indígenas del cantón Nabón según sexo. Cuenca. 2017



**Fuente:** Base de datos

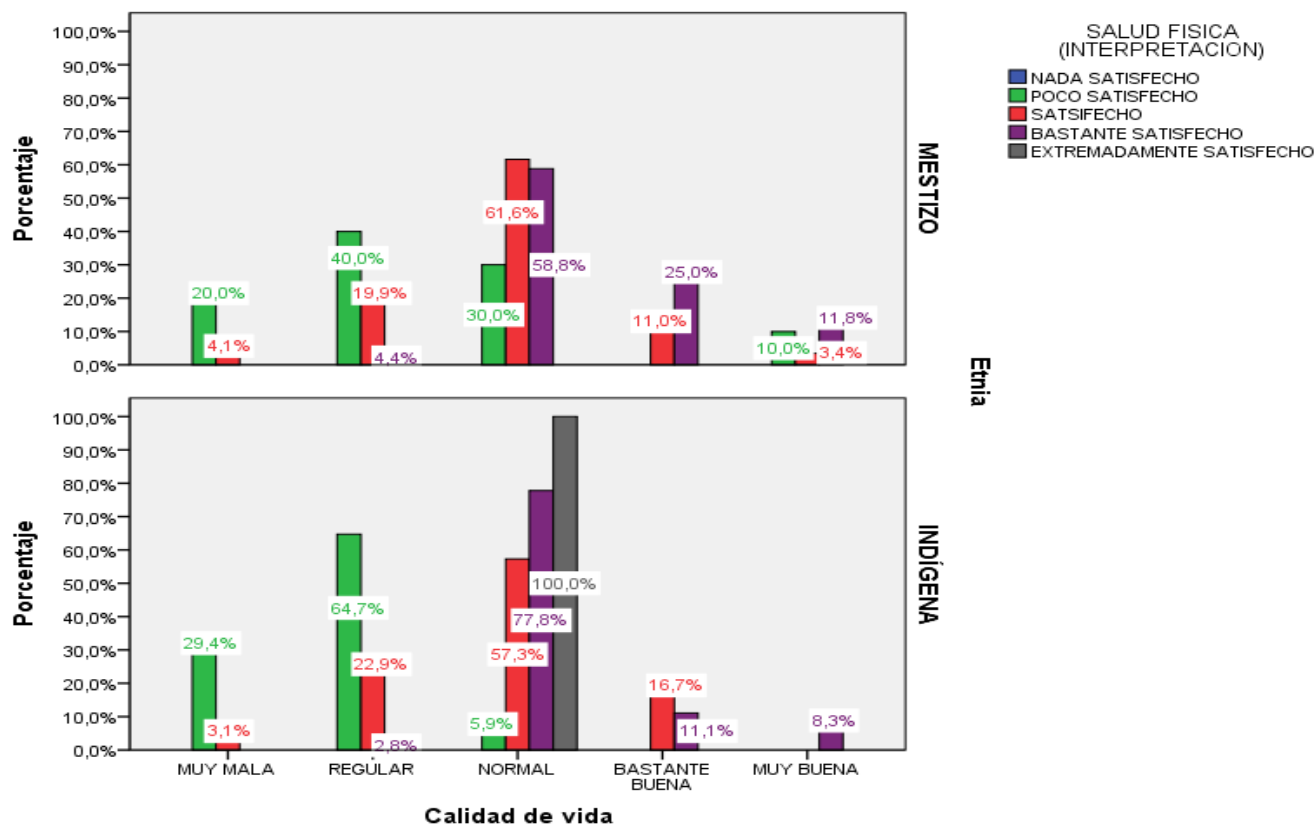
**Autores:** Rodríguez M., Verdugo E.

En cuanto a la percepción de la calidad de vida de acuerdo al sexo, se puede apreciar que las mujeres mestizas el 18% califican a su calidad de entre “muy mala” y “regular” a diferencia de las de la zona indígena, que es superior en un 13,7 %. En el caso de los varones, existe un predominio de 2,4% de los sujetos investigados indígenas frente a mestizos dentro de la categoría “muy mala” y “regular”.



### 5.13 CALIDAD DE VIDA, ETNIA Y SALUD FÍSICA

Gráfico 7. Comparación entre calidad de vida de mestizos e indígenas del cantón Nabón según satisfacción de su salud física. Cuenca. 2017



**Fuente:** Base de datos

**Autores:** Rodríguez M., Verdugo E.

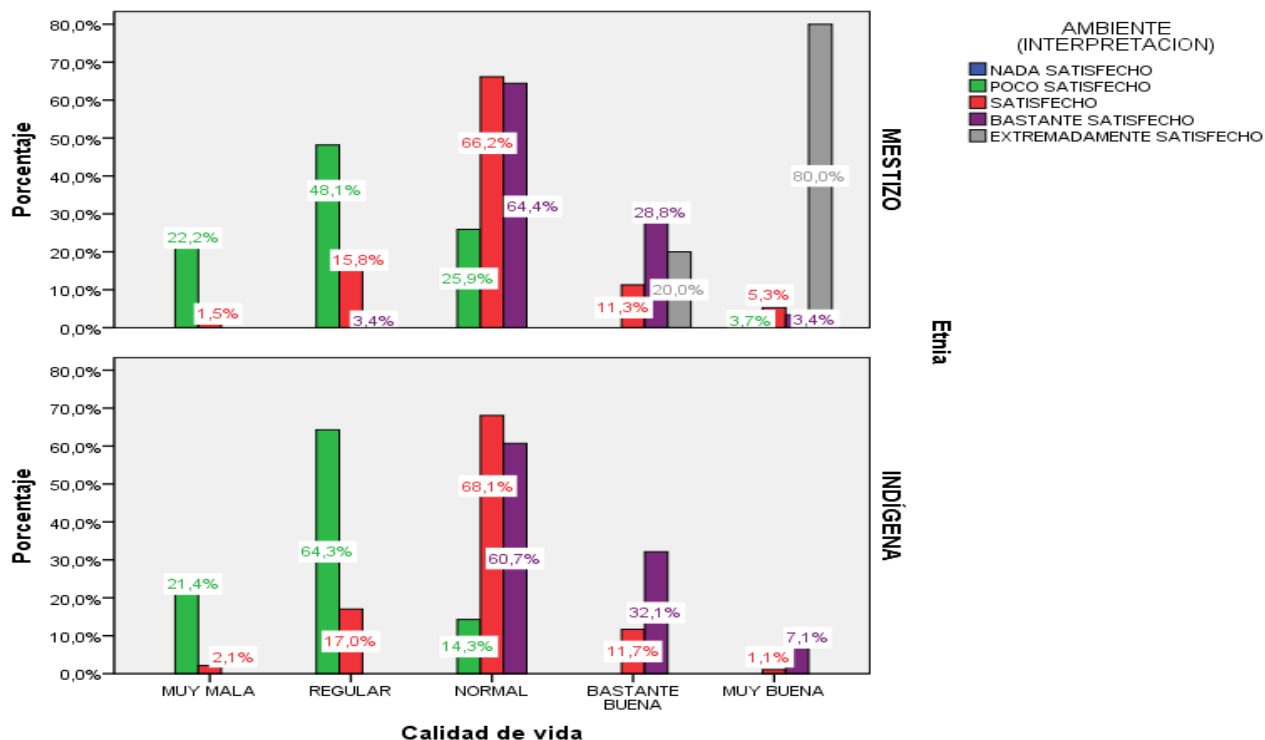
Según autopercepción sobre calidad de vida, el 60% de los adultos mayores mestizos consideran que están “poco satisfechos” con su salud física, pues a su entender tienen: “muy mala” y “regular” calidad de vida, comparando con la población indígena existe una diferencia del 34,1% a favor de este último grupo.





## 5.14 CALIDAD DE VIDA, ETNIA, AMBIENTE

Gráfico 8. Comparación entre calidad de vida de mestizos e indígenas del cantón Nabón según satisfacción con su ambiente. Cuenca. 2017



**Fuente:** Base de datos

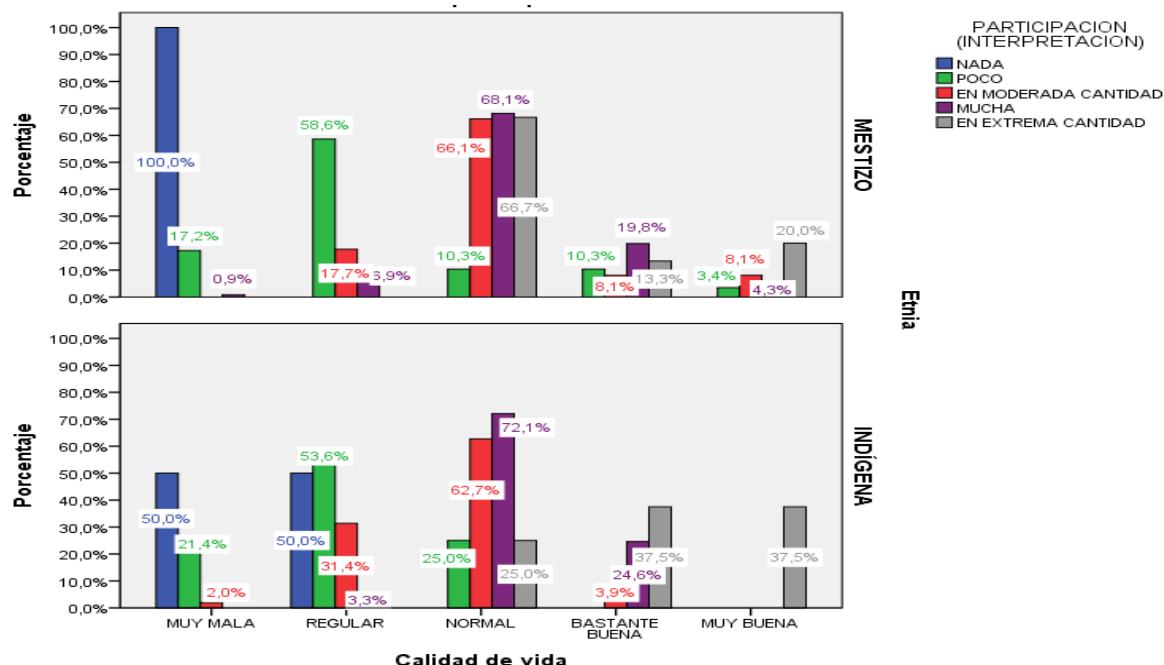
**Autores:** Rodríguez M., Verdugo E.

Llama la atención que quienes están un poco satisfechos con su ambiente perciben un 70,9% entre “muy mala” y “regular” calidad de vida. En tanto que, la población indígena dentro del mismo criterio, un 14,8% más.



## 5.15 CALIDAD DE VIDA, ETNIA, PARTICIPACIÓN

Gráfico 9. Comparación entre calidad de vida de mestizos e indígenas del cantón Nabón según percepción de participación. Cuenca. 2017



**Fuente:** Base de datos

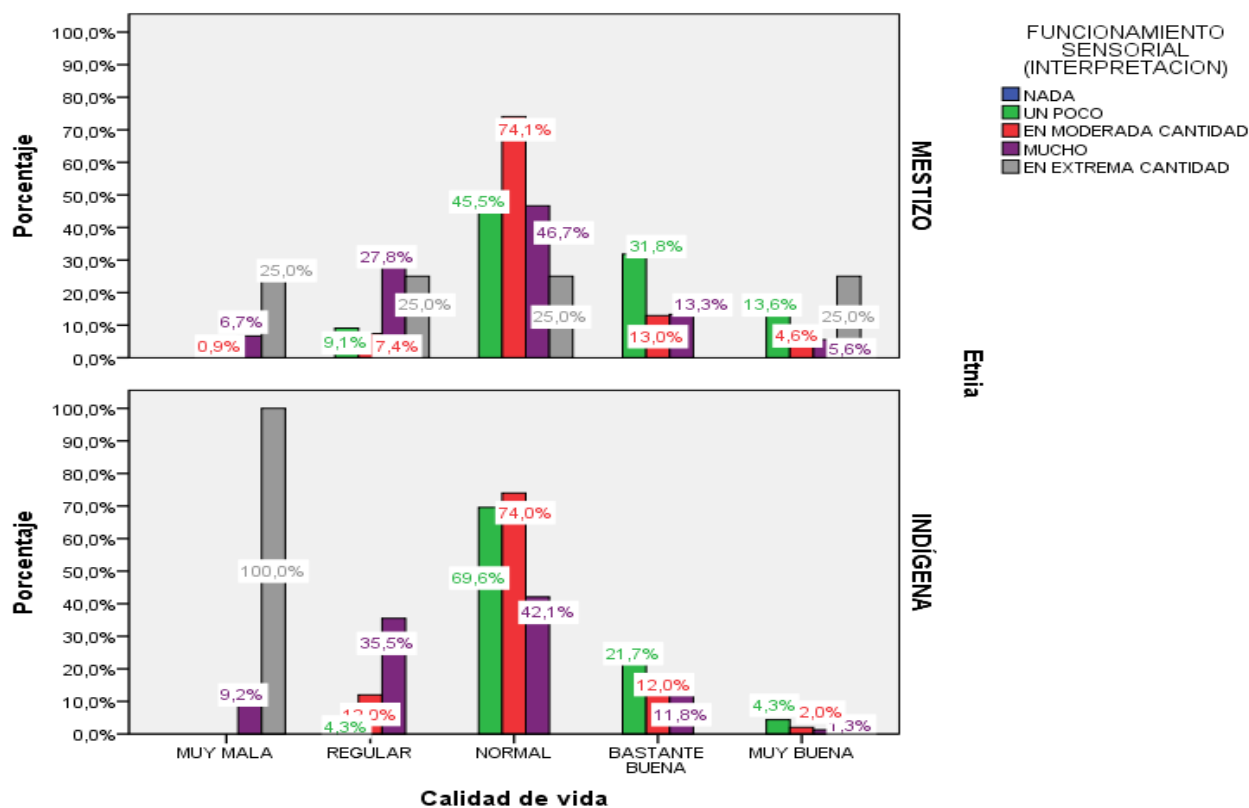
**Autores:** Rodríguez M., Verdugo E.

En cuanto a la autopercepción sobre calidad de vida, la población mestiza señala que el 13,7% de adultos mayores que participan “poco” tienen entre “bastante bien” y “muy bien”, a diferencia de la población indígena que no perciben dicha calidad de vida. El 17,7% de adultos mayores mestizos que manifestaron participar en moderada cantidad señalan una calidad de vida entre “muy mala y regular”, mientras que de los indígenas con el mismo nivel de participación el 33,4% indicó este nivel de calidad de vida. El 16,2% de adultos mayores mestizos que participan en moderada cantidad manifestaron una calidad de vida entre “bastante y muy bien”, mientras que en la población indígena el 3,9% señalaron esta calidad de vida. De la población mestiza que participa en extrema cantidad el 66,7% señalaron tener una calidad de vida “normal”, mientras que en los indígenas el 25% manifestaron normalidad.



## 5.16 CALIDAD DE VIDA, ETNIA, FUNCIONAMIENTO SENSORIAL

Gráfico 10. Comparación entre calidad de vida de mestizos e indígenas del cantón Nabón según percepción de funcionamiento sensorial. Cuenca. 2017



**Fuente:** Base de datos

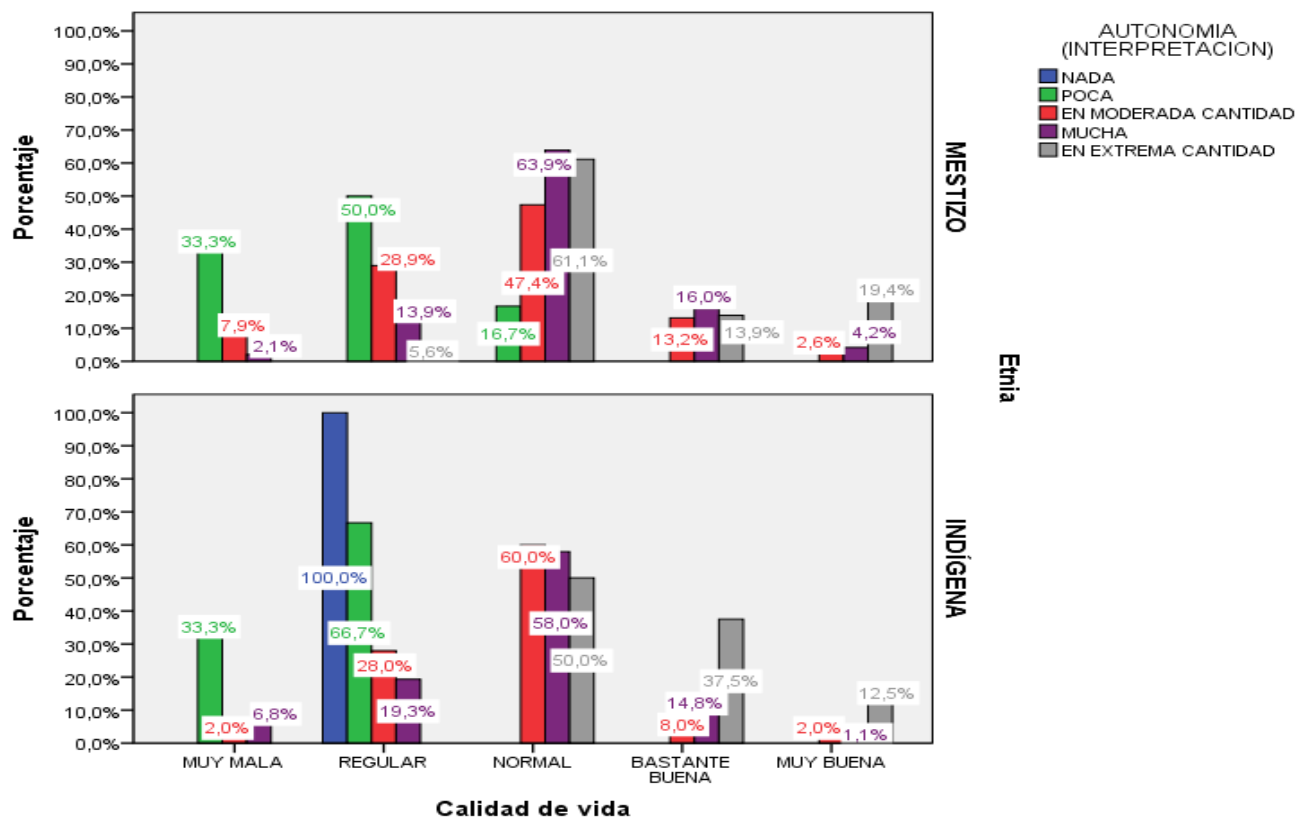
**Autores:** Rodríguez M., Verdugo E.

En cuanto a la autopercepción sobre calidad de vida, la población mestiza señala que el 9,1% de adultos mayores que presentan “poco” funcionamiento sensorial manifiestan “regular”, mientras que en la población indígena el 4,3% manifestó esta calidad de vida, lo cual es preocupante debido a que es el doble con respecto a la población indígena. El 45,4% de adultos mayores que manifestaron “poco” funcionamiento sensorial señalan una calidad de vida entre “bastante buena y muy buena”, mientras que en la población indígena el 19,4% menos indicó este nivel de calidad de vida.



## 5.17 CALIDAD DE VIDA, ETNIA, AUTONOMÍA

Gráfico 11. Comparación entre calidad de vida de mestizos e indígenas del cantón Nabón según percepción de autonomía. Cuenca. 2017



**Fuente:** Base de datos

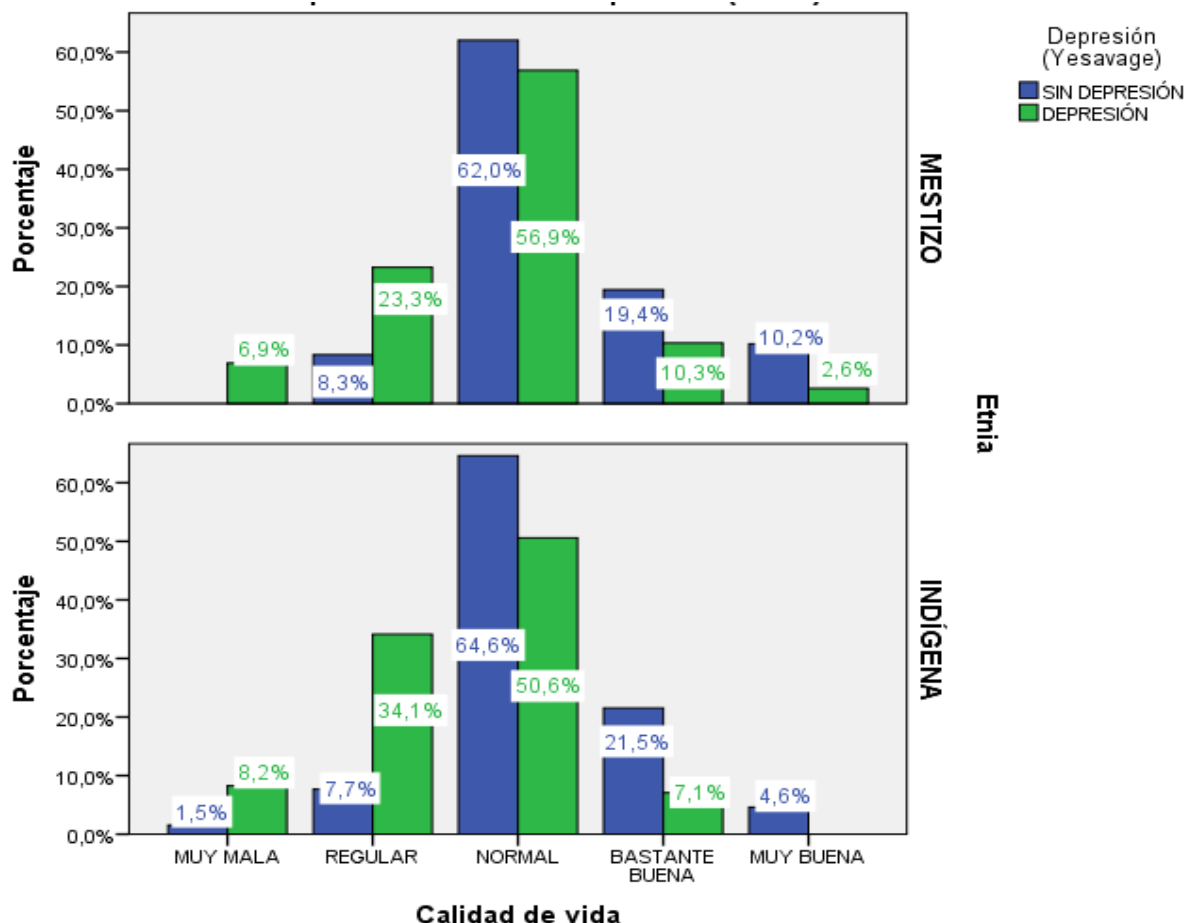
**Autores:** Rodríguez M., Verdugo E.

En cuanto a la autopercepción sobre la calidad de vida, la población mestiza señala que el 47,4% de adultos mayores que presentan autonomía “en moderada cantidad” manifiestan una calidad de vida “normal”, mientras que en la población indígena el 60% manifestó la misma. El 16% de adultos mayores mestizos que manifestaron “muchísima” autonomía señalan una calidad de vida entre “muy mala” y “regular”, mientras que en la población indígena el 10,1% más indicó este nivel de calidad de vida.



### 5.18 CALIDAD DE VIDA, ETNIA Y DEPRESIÓN

Gráfico 12. Comparación entre calidad de vida de mestizos e indígenas del cantón Nabón según presencia o no de depresión (F32.9). Cuenca. 2017



**Fuente:** Base de datos

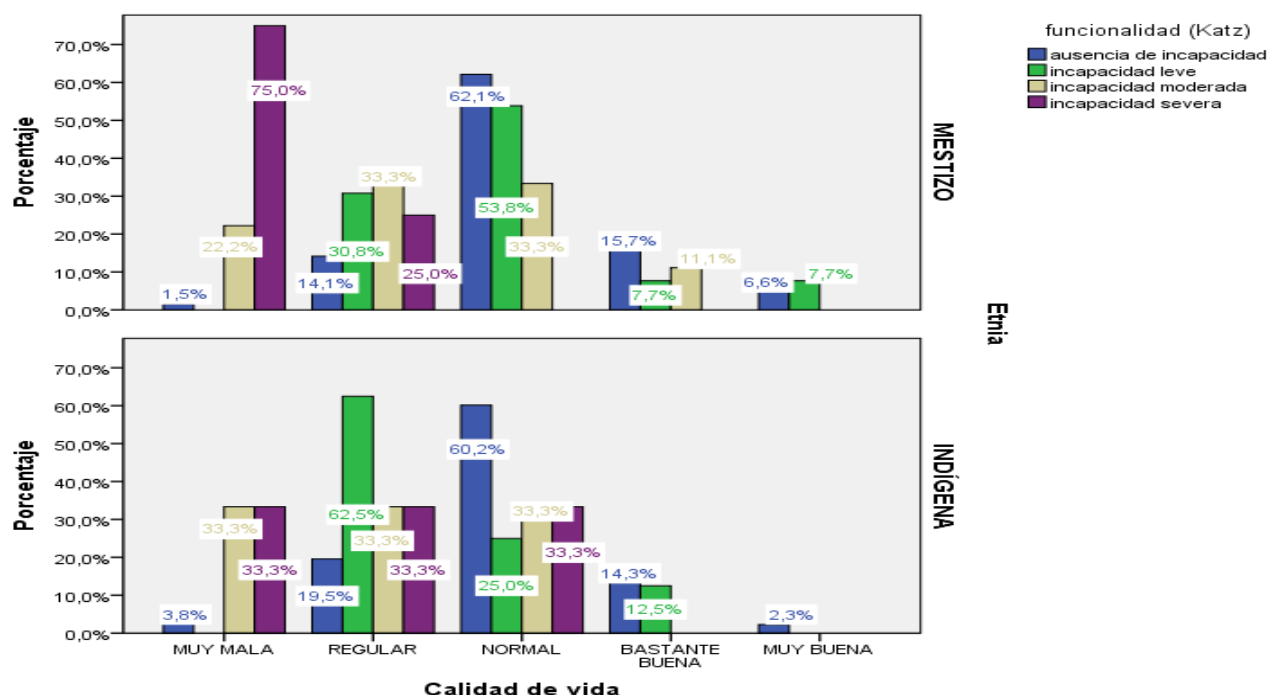
**Autores:** Rodríguez M., Verdugo E.

De la población de estudio preocupa que en la zona mestiza un 51,79% tiene depresión de los cuales 30,2% tiene una “muy mala” y “regular” percepción de su calidad de vida. A diferencia de la zona indígena en quienes 56,67% presenta algún grado de depresión, de los cuales un 42,3% como “muy mala y regular” calidad de vida.



## 5.19 CALIDAD DE VIDA, ETNIA Y FUNCIONALIDAD

Gráfico 13. Comparación entre calidad de vida de mestizos e indígenas del cantón Nabón según nivel de dependencia sobre actividades básicas de la vida diaria (Índice de Katz). Cuenca. 2017



**Fuente:** Base de datos

**Autores:** Rodríguez M., Verdugo E.

En cuanto a la autopercepción, la población mestiza señala que el 15,6% de adultos mayores “independientes” manifiestan una calidad de vida entre “muy mala” y “regular”, mientras que en la población indígena el 7,7% más manifestó esta calidad de vida, lo cual es preocupante. El 30,8% de adultos mayores dependientes leves señalan una calidad de vida “regular”, mientras que en la población indígena el 62,5% indicó este nivel de calidad de vida, lo que corresponde al doble con respecto a la población mestiza. El 53,8% de mestizos dependientes leves señalo una calidad de vida “normal”, mientras que cerca de la mitad del porcentaje de los mestizos (25%) de indígenas manifestó esta calidad de vida.



## CAPITULO VI

### 6. DISCUSIÓN

En este estudio se propuso determinar la calidad de vida de los adultos mayores mestizos e indígenas del cantón Nabón, constituido en un aspecto multidimensional y ampliamente debatido a nivel mundial y sobre el cual difícilmente se puede llegar a consensos universales. Un asunto controversial es el relacionado con la dimensión subjetiva, es decir aquel que valora la percepción del individuo, distinto de lo objetivo que hace referencia a condiciones materiales o estado físico; el primero, por su importancia, fue materia de esta investigación.(19)

Bajo este concepto se estudiaron a 374 adultos mayores obteniéndose los siguientes resultados: una edad promedio de 77,77 años, de acuerdo a la pregunta del cuestionario WHOQOL BREF sobre calidad de vida se obtuvo que el 58,3% perciben una **“calidad de vida normal”**. En cuanto a salud física el 64,71% lo considera como **“normal”**. Los mejores resultados en cuanto a percepción de calidad de vida se dieron en adultos mayores **“casados o en unión libre”**, que accedieron a **“algún nivel de instrucción”** y que vivían con **“con su pareja o familiares”**. Sigüenza y cols. en el 2013 en un estudio en parroquias rurales de Cuenca, aplicando la misma herramienta, en adultos cuyo promedio de edad fue de 74,8 años, encontraron una percepción de calidad de vida **“normal”** en 61,27% ligeramente superior a la encontrada en nuestra investigación. En cuanto a la percepción de la salud física, el referido estudio encontró cifras inferiores (48,3%) frente a la ya referida cifra nuestra. Finalmente Sigüenza destaca como condiciones que favorecen una mejor calidad de vida al hecho de encontrarse en **“casado o unión libre”**, tener un nivel de **“escolaridad completa”** y **“vivir en pareja”**, situaciones parecidas a las encontradas en la presente investigación, con la única diferencia en cuanto a la escolaridad ya que en nuestro estudio un 47,6% tiene primaria incompleta y un 34,5% ningún tipo de instrucción.(49)

En Guaraynag (Azuay) 2015, Segarra, M., estudiando la percepción de la calidad de vida de 146 adultos mayores mediante el cuestionario WHOQOL-BREF encontró que la misma era considerada como **“baja”** por un 23 al 28% de los sujetos investigados, lo que se parece a nuestro estudio, en el cual se encontramos una cifra de 23%. (48).



Por su parte, aplicando el cuestionario WHOQOL OLD se encontró que el 18,7% percibe tener **“buena calidad de vida”** y 77% **“mediana calidad de vida”**. Al respecto, Herrera y cols, en la ciudad de Quito encontró cifras contrarias como 85% y 15% respectivamente, lo cual origina una inquietud que debería ser motivo de investigaciones futuras. (38)

En cuanto a la relación sueño Vs. calidad de vida, encontramos que nuestros adultos mayores a pesar de referir una **“poca calidad del sueño”**, consideraron que su calidad de vida era **“normal”**, datos que son similares a lo que Clavijo C. y Martínez M. encontraron en su estudio realizado en la parroquia de Bellavista y Hermano Miguel en Cuenca en el año 2010. (50)

Utilizando el índice de Katz, encontramos que el 1,9% de los sujetos de estudio fueron catalogados como **“dependientes”** para todas las funciones, en tanto que un 88,5% fueron **“independientes”**; Al respecto Molina y cols. aplicando la misma herramienta, en estudio realizado en Manabí, obtuvieron cifras parecidas, (1,74 % y 79,65% respectivamente). En nuestra investigación se establece que los adultos mayores son más **“dependientes severos”** y existe mayor independencia para la realización de actividades básicas de la vida diaria. (51)

Determinamos también que, de acuerdo con el índice de Katz y el test de Yesavage, un 88,5% fueron **“independientes”** y 46,3% **“carecieron de depresión”**. Con estas mismas herramientas, Reyes y cols. en la ciudad de Guayaquil, obtuvieron los siguientes resultados: un 94% fueron **“independientes”** y 76% **“sin depresión”**; Nuestro estudio revela más personas dependientes y con mayor depresión.(52)

En cuanto a la presencia de depresión relacionada con edad, sexo y estado civil de los sujetos estudiados, medido a través del test de Yesavage, se observó que quienes se encontraron en el rango de edad comprendido entre los **“65-74 años”** presentaron depresión el 47,3%, entre los **“75-90 años”** señalaron depresión 50,7%, la depresión afecta más a las **“mujeres”** en un 53,2%, y a los **“casados”** con 63,2%. Ramón, V. en la provincia de Loja en el año 2016, aplicando la misma herramienta, encontró que los sujetos de estudio que tuvieron entre **“65-74 años”** presentaron depresión en un 100%, en el rango de **“75-84 años”**, presentaron depresión en un 71.4%; de acuerdo al sexo la depresión predomina en **“mujeres”** en un 62.5%, siendo los **“viudos”**, quienes presentan un mayor índice de depresión con un 61.5%, seguido de los adultos mayores





**“casados”** quienes tienen depresión en un 60%, dato contrario a nuestra investigación. (53)

En nuestro estudio, con la aplicación del test de Yesavage y WHOQOL OLD, se encontró que un 36,25% de los que presentan **“depresión”** y de un 40,2% que **“no cuentan con pareja”** tienen un **“deterioro en su calidad de vida”**, a diferencia de lo expuesto el estudio mexicano de Acosta y cols. que observaron que el 53% de personas con depresión así como 43,1% de los que no cuentan con pareja tienen deteriorada su calidad de vida, con una diferencia de 16,75% menos en el caso de depresión y 2,9% menos en el caso de ausencia de pareja asociados a deterioro en la calidad de vida para nuestra investigación. (54)

En cuanto a la relación entre edad y percepción de deterioro de calidad de vida, se observó que existe una asociación estadísticamente significativa entre estas dos variables en los adultos mayores mestizos y la calidad de vida en general fue percibida como **“normal”** en un 58,3%, en tanto que, coincidiendo con nuestro estudio, Urzúa y cols. reportan que a mayor edad existe un riesgo de déficit en la calidad de vida, su estudio reporta una calidad de vida **“normal”** en un 57,89%, datos que concuerdan con nuestro estudio. (56)

Aplicando el cuestionario WHOQOL-BREF, determinamos que el 58,3% de adultos mayores estudiados consideran que su calidad de vida era **“normal”**, 18,7% como **“bastante y muy bien”** y el 23% percibe como **“muy o poco mala”**, este último porcentaje muy elevado, comparándolo con el estudio de Silva y cols. del año 2010 en Brasil, quienes reportaron que el 7,9% de adultos mayores percibían su calidad de vida de esa manera y un 56,3% como **“bastante y muy bien”** (57)

Mediante los diversos tests aplicados, obtuvimos que las personas **“sin nivel de instrucción educativa”** (31,3%), **“sin pareja”** (40,2%), **“dependientes”** según índice de Katz (11,5%) perciben una calidad de vida **“baja”**, mientras que Kumar y cols. utilizando la misma herramienta, vieron que existe una calidad de vida **“baja”** en personas **“sin escolaridad”** (39,3%), **“sin pareja”** (36,3%), y en aquellos **“dependientes”** (6%). Datos parecidos a nuestro estudio, aunque diferentes en un 8% menos en cuanto a personas sin escolaridad, superior en un 3,9% a sin pareja, y en lo referente al índice de Katz un 5,5% más que el citado estudio. (58)



## CAPÍTULO VII

### 7.1 CONCLUSIONES

La calidad de vida de los adultos mayores del cantón Nabón obtenida en el presente estudio fue en general percibida como normal en un 58,3%. De la población estudiada existe un predominio de las mujeres, hay una importante cantidad de adultos mayores longevos, en cuanto al estado civil la mayoría se encuentran casados y en segundo lugar se encuentran las personas viudas/os. En lo referente a instrucción, se aprecia que la mayoría no tiene un nivel de instrucción completa, esto puede ser debido a la falta de instituciones educativas, docentes de aquella época. De acuerdo a la convivencia con alguien en ambas etnias la mayoría vive con su pareja.

En cuanto al análisis de los diferentes dominios que conforman el estudio de la calidad de vida, se observó lo siguiente: en el dominio de adaptación ambiental, que tiene dos componentes: el primero, la salud física en general la población estudiada la consideran como normal y bastante buena. El segundo componente del dominio es el ambiente que en su mayoría es considerado por los sujetos de estudio como normal. En el dominio de actividad física, el cual presenta tres componentes se puede apreciar que con respecto al nivel de participación, la mayoría de adultos mayores la consideran como “mucho y en moderada cantidad”. En cuanto al funcionamiento sensorial se obtuvieron porcentajes muy cercanos entre aquellos que manifestaron “mucho y en moderada cantidad”. En lo referente al nivel de autonomía de los sujetos estudiados, se puede concluir que más de la mitad de la población investigada señaló tener “mucho” autonomía. Los adultos mayores del cantón Nabón presentan en un 53% depresión. También existe una prevalencia muy alta de independencia para las actividades básicas de la vida diaria.



Entre las semejanzas entre adultos mayores mestizos e indígenas encontramos que la mayoría percibe su calidad de vida como “normal”; en cuanto a sexo existe una distribución con predominio de las mujeres. En cuanto a participación a nivel comunitario ambas poblaciones de investigación lo hacen en moderada cantidad y para ellos su calidad de vida es percibida como “mala”. Existe además una prevalencia muy importante de independencia para la realización de actividades básicas de la vida diaria entre los dos grupos étnicos de sujetos investigados.

Entre las diferencias que se pueden encontrar, se puede mencionar que para el doble los adultos mayores mestizos longevos su calidad de vida es considerada como “muy mala” y ninguno de este grupo lo califica como “normal”, hecho que si sucede en los adultos mayores indígenas para quienes si lo consideran de esta manera. En el grupo de adultos mayores indígenas existe un predominio de personas que no tienen ningún nivel de instrucción aprobada quienes consideran principalmente tener una mala calidad de vida, mientras que los adultos mayores mestizos la mayoría tiene primaria incompleta y principalmente perciben su calidad de vida como “normal”. En cuanto a la percepción de calidad de vida de acuerdo al sexo, es interesante observar que en los adultos mayores mestizos un porcentaje mayor de mujeres señalan como “normal” a diferencia de los adultos mayores indígenas, para quienes son los hombres que la perciben de esa manera. Los adultos mayores indígenas que se encuentran más insatisfechos con su salud física y ambiente, depresión consideran que su calidad de vida es “muy mala” o “regular” en mayor proporción que los adultos mayores mestizos, quienes además tienen menor prevalencia de depresión y están un poco más conformes con su ambiente y salud física.



## 7.2. RECOMENDACIONES

Los resultados expuestos en este estudio eran desconocidos en el cantón Nabón hasta el tiempo actual, por lo que se recomienda al GAD Municipal del cantón Nabón analizarlos, para de esta manera puedan crear políticas públicas, planes y proyectos en pro de una mejor calidad de vida para este grupo etario.

Debido a que la calidad de vida es multidimensional y se basa fundamentalmente en la percepción del adulto mayor de su vida, considerando aspectos de la misma dentro del domicilio y fuera del mismo, se recomienda evaluar la calidad de vida al interior del mismo, mediante la utilización de otros instrumentos adecuados y brindar apoyo a quienes lo necesiten, mediante la creación de grupos de ayuda para la población en riesgo.

En vista de que los que perciben su calidad de vida como mala o poca mala, en su mayoría fueron las personas de mayor edad, clasificadas como adultos longevos, sin escolaridad, que viven solos y que presentan depresión se debería trabajar más en estos aspectos, creando redes de apoyo, facilitándoles el acceso a centros de cuidado geriátrico como es el asilo ubicado en Nabón centro, si es que ellos lo desean, coordinando con el MIES, MSP para poder realizar visitas domiciliarias periódicamente para evaluar y mejorar su calidad de vida.

Se recomienda además por el porcentaje de depresión y la funcionalidad encontradas, coordinar con el área de salud para que se puedan implementar programas de atención al adulto mayor, en los que se incluya una valoración geriátrica integral del mismo, para de esta manera disminuir el número de personas con depresión y conservar la funcionalidad de los adultos mayores y en el caso de los que tienen algún tipo de dependencia buscar la forma de mejorar su calidad de vida con la rehabilitación y manejo adecuados.

Por último, consideramos también que sería importante estudiar más a fondo las perspectivas en cuanto a percepción de la calidad de vida desde el punto de vista de las diversas culturas de las diferentes etnias que posee nuestro país, es así que como recomendación, se propone realizar estudios con las herramientas utilizadas en la investigación actual, en otros lugares como: Cañar, Saraguro, lugares del Oriente ecuatoriano e inclusive dentro del área urbana, para de esta manera poder determinar los factores que más influyen en la calidad de vida y realizar cambios para mejorarla



## CAPÍTULO VIII

### 8.1. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Flores Villavicencio, María Elena; Colunga Rodríguez, Cecilia; González, Mario Ángel; Vega López, María Guadalupe; Cervantes Cardona, Guillermo Alonso; Valle Barbosa, María Ana; Cruz Ávila M. Salud mental y calidad de vida en adultos mayores. Uaricha Rev Psicol [Internet]. 30 de enero de 2017 [citado 11 de julio de 2017];10(21):1-13. Disponible en: [http://www.revistauaricha.umich.mx/ojs\\_uaricha/index.php/urp/article/view/107](http://www.revistauaricha.umich.mx/ojs_uaricha/index.php/urp/article/view/107)
2. Poblete-Valderrama F, Castillo CM, Sandoval ED, Silva PV, García MA. Depresión, cognición y calidad de vida en adultos mayores activos. Rev Ciencias la Act Física [Internet]. 10 de agosto de 2016 [citado 11 de julio de 2017];16(2). Disponible en: <https://revistacaf.com/ojs/index.php/RCAF/article/view/15/15>
3. OMS | Datos interesantes acerca del envejecimiento. WHO [Internet]. 2015 [citado 1 de abril de 2017]; Disponible en: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
4. GADM Nabón P. Plan de Ordenamiento Territorial del cantón Nabón DIAGNÓSTICO Y DIAGNÓSTICO INTEGRADO. 2014 [citado 1 de abril de 2017]; Disponible en: <http://www.nabon.gob.ec/portal/images/2016/PIYOT/PDOT NABON 2014.pdf>
5. Gestión Social de Nabón M. Base de datos Adultos Mayores [Internet]. 2013. Nabón; 2013. Disponible en: <http://www.maestrosdelweb.com/editorial/¿que-son-las-bases-de-datos/>
6. Santiesteban Pérez, Ivonne; Pérez Ferrás, Marisol; Velázquez Hechavarria N. Calidad de vida y su relación con el envejecimiento. 2012 [citado 27 de febrero de 2017]; Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no132/no132rev1.htm>
7. Loredó-Figueroa MT, Gallegos-Torres RM, Xequé-Morales AS, Palomé-Vega G, Juárez-Lira A. Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. Enfermería Univ. 2016;13(3):159-65.
8. Soliz Carrión, Doris; Flores, Germán; Jalkh Röben I. Agenda de igualdad para Adultos Mayores 2012-2013 [Internet]. Segunda. Ministerio de Inclusión Económica y Social. Quito; 2012 [citado 27 de febrero de 2017]. Disponible en: [http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/09/Agendas\\_ADULTOS.pdf](http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/09/Agendas_ADULTOS.pdf)
9. INEC. INDICADORES ECONÓMICOS Fuente: INEC -Censo de Población y Vivienda 2010. [citado 27 de febrero de 2017]; Disponible en: <http://app.sni.gob.ec/sni-link/sni/Portal> SNI 2014/FICHAS F/0104\_NABON\_AZUAY.pdf
10. Larios MT. Tesis Doctoral ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA CIUDAD DE PUEBLA MÉXICO. 2015;
11. Sheila SHM. Calidad de vida e instrumentos de medición. Univ La Laguna. 2016;1-82.
12. Urzúa A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto Quality of life: A theoretical review. Ter PSICOLÓGICA. 2012;30(1):718-4808.
13. Hörnquist JO. The Concept of Quality of Life. Scand J Soc Med [Internet]. 4 de junio de 1982 [citado 14 de febrero de 2018];10(2):57-61. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/140349488201000204>
14. Ferrans CE. Quality of life: conceptual issues. Semin Oncol Nurs [Internet]. noviembre de 1990 [citado 14 de febrero de 2018];6(4):248-54. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2274721>
15. Bigelow DA, McFarland BH, Olson MM. Quality of life of community mental health program clients: Validating a measure. Community Ment Health J [Internet]. febrero de 1991 [citado 15 de febrero de 2018];27(1):43-55. Disponible en:



- <http://link.springer.com/10.1007/BF00752714>
16. Martin AJ, Stockler M. Quality-of-Life Assessment in Health Care Research and Practice. *Eval Health Prof* [Internet]. 29 de junio de 1998 [citado 15 de febrero de 2018];21(2):141-56. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/016327879802100202>
  17. Haas BK. Clarification and Integration of Similar Quality of Life Concepts. *Image J Nurs Scholarsh* [Internet]. 1 de septiembre de 1999 [citado 15 de febrero de 2018];31(3):215-20. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1547-5069.1999.tb00483.x>
  18. Lawton MP. Quality of life in chronic illness. *Gerontology* [Internet]. 1999 [citado 15 de febrero de 2018];45(4):181-3. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10394072>
  19. Urzúa M A, Caqueo-Úrizar A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Ter psicológica* [Internet]. abril de 2012 [citado 15 de febrero de 2018];30(1):61-71. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48082012000100006&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082012000100006&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
  20. Elosua P. Valores subjetivos de las dimensiones de calidad de vida en adultos mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2010 [citado 18 de mayo de 2017];45(2):67-71. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211139X09002923>
  21. Borda MG, Acevedo González JC, David DG, Morros González E, Cano CA. Dolor en el anciano: calidad de vida, funcionalidad y factores asociados. *Estudio SABE, Bogotá, Colombia. Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2016;51(3):140-5.
  22. Brito OM, Odalys I, Forteza C, Ilen C, Rodríguez G, Martínez L, et al. ARTÍCULO ORIGINAL Calidad de vida del adulto mayor en un consultorio médico del municipio Jaruco. *Life quality of elderly adults in a doctor's office in Jaruco*. [citado 23 de junio de 2017]; Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revciemedhab/cmh-2016/cmh161d.pdf>
  23. Aldo J, Salazar-Landeros MM, Salazar C CM, Gómez-Figueroa JA, Ortiz Bojórquez C, De Souza-Teixeira F, et al. Influencia del estilo de vida y la funcionalidad sobre la calidad de vida relacionada con la salud en población mexicana con salud comprometida. [Internet]. Vol. 17, Educación Física y Ciencia. Universidad Nacional de La Plata; 2015 [citado 23 de junio de 2017]. 00-00 p. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2314-25612015000100005](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2314-25612015000100005)
  24. Nayma G, Ruíz J. Factores asociados con calidad de vida relacionada a la salud del adulto mayor. [Internet]. Universidad Autónoma de Querétaro; 2016 [citado 5 de febrero de 2018]. Disponible en: <http://ri.uaq.mx/bitstream/123456789/5864/1/R1002954.pdf>
  25. Carlos J, Rodríguez R, Rafael J, Aguilera E, Raiza L, Ramírez R, et al. Intervención educativa sobre calidad de vida en el adulto mayor. *Chacao. Miranda*. Junio 2015. 2015;(June).
  26. Cardona Arias JA, Álvarez Mendieta, María Isabel Pastrana Restrepo S. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de hogares geriátricos, Medellín, Colombia, 2012. *Rev Ciencias la Salud UAEM redalyc* [Internet]. 2014 [citado 4 de febrero de 2018];12(2). Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/562/56231201002/>
  27. Cardona Arias JA, Giraldo E, Maya MA. Factores asociados con la calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de un municipio colombiano, 2013. *Rev Médicas UIS* [Internet]. 1 de enero de 2016 [citado 5 de febrero de 2018];29(1):17-27. Disponible en: <http://revistas.uis.edu.co/index.php/revistamedicasuis/article/view/5484/5701>
  28. García F. Calidad De Vida De Adultos Mayores Hombres De Una Delegación Del Municipio De Toluca. 2014.





29. OMS. OMS | Envejecimiento y salud. En: WHO. World Health Organization; 2017.
30. Hernández JÁ, Montesinos IG, Rodríguez Troyano JM. Envejecimiento y nutrición. *Nutr Hosp Supl* [Internet]. 2011 [citado 16 de febrero de 2018];4(3):3-14. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3092/309226782001.pdf>
31. Flores Bracho HE, Estrada Morillo FB. Aproximación teórica acerca del envejecimiento saludable en personas de la tercera edad. 2016 [citado 16 de febrero de 2018]; Disponible en: <http://www.mriuc.bc.uc.edu.ve/handle/123456789/3607>
32. Aponte V. Calidad de vida en la tercera edad. *Cuad Bioet*. 2015;13(2):271-92.
33. Ministerio de Inclusion Economica y Social. Agenda de igualdad para adultos mayores 2012-2013. 2012.
34. Louro Bernal I, Bayarre Veá H, Alvarez Lauzarique ME. Implicaciones familiares y sanitarias del envejecimiento poblacional en la cobertura universal. *Rev Cuba Salud Pública* [Internet]. 2015 [citado 4 de febrero de 2018];41. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662015000500009&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662015000500009&script=sci_arttext&tlng=en)
35. Creagh Peña M, García Ones D, Valdés Cruz R. Envejecimiento poblacional como reto de la ciencia, la técnica y la sociedad. *Rev Habanera Ciencias Médicas* [Internet]. 2015 [citado 4 de febrero de 2018];14(6):884-6. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2015000600017](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2015000600017)
36. INEC. Encuesta de Salud, Bienestar del Adulto Mayor | Instituto Nacional de Estadística y Censos [Internet]. 2015 [citado 5 de febrero de 2018]. Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/encuesta-de-salud-bienestar-del-adulto-mayor/>
37. Padilla I. Calidad De Vida Del Adulto Mayor Dentro Del Asilo Los Hermanos De Belén. 2014;(1):2-181.
38. Herrera Cella CB, Mora Santacruz JH. Percepción de calidad de vida mediante el cuestionario Whoqol- Old en adultos mayores que asisten a la consulta externa del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor de Quito. 2016 [citado 11 de julio de 2017]; Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/12575>
39. Cardona Arias JA, Higuera Gutiérrez LF. Aplicaciones de un instrumento diseñado por la OMS para la evaluación de la calidad de vida. *Rev Cuba Salud Pública* [Internet]. 2014 [citado 5 de febrero de 2018];40(2):175-89. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662014000200003](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000200003)
40. Sanabria Hernández, María S. Calidad de vida e instrumentos de medición [Internet]. 2016 [citado 4 de febrero de 2018]. Disponible en: [https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/3842/CALIDAD\\_DE\\_VIDA\\_E\\_INSTRUMENTOS\\_DE\\_MEDICION.pdf?sequence=1](https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/3842/CALIDAD_DE_VIDA_E_INSTRUMENTOS_DE_MEDICION.pdf?sequence=1)
41. Quiroz COA, García JJV, Castro SBE, Encinas DMS, Flores RG. Confiabilidad y validez del Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-OLD) en adulto mayores mexicanos. *Psicol y Salud*. 2013;23(2):241-50.
42. Psicológica C, Argentina Hernández-Navor P, César J, Guadarrama-Guadarrama R,; Castillo-Arellano S, Stephanie A, et al. VALIDACIÓN DEL WHOQOL-OLD EN ADULTOS MAYORES DE MÉXICO. *PSCIENCIA Rev Latinoam Cienc Psicológica*. 2015;7(3):397-405.
43. Shawver Z, Griffith JD, Adams LT, Evans J V., Benchoff B, Sargent R. An examination of the WHOQOL-BREF using four popular data collection methods. *Comput Human Behav* [Internet]. 1 de febrero de 2016 [citado 5 de febrero de 2018];55:446-54. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0747563215301618>
44. Gómez-Angulo C, Campo-Arias A. Escala de Yesavage para depresión geriátrica (GDS-15 y GDS-5): Estudio de la consistencia interna y estructura factorial. *Univ Psychol*. 2011;10(3):735-43.
45. Torres MPL. Nivel de depresión del adulto mayor en un centro de atención integral.



- Univ Nac layor san marcos- Fac Med. 2014;12:10-9.
46. González-Rodríguez R, Gandoy-Crego M, Díaz MC, González Rodríguez R. Determinación de la situación de dependencia funcional. Revisión sobre los instrumentos de evaluación más utilizados. Gerokomos [Internet]. 2017 [citado 5 de febrero de 2018];28(4):184-8. Disponible en: <http://www.gerokomos.com/wp-content/uploads/2018/01/28-4-2017-184.pdf>
  47. Servicio andaluz de salud. Valoración de las actividades de la vida diaria - índice de Katz-. 2014;0-1.
  48. Segarra Escandon M. Calidad de vida y funcionalidad familiar en el adulto mayor de la parroquia Guaraynag, Azuay. 2015-2016 [tesis de especialidad]\*. Cuenca - Ecuador: Universidad de Cuenca; 2017. 2017.
  49. Sigüenza M. Sigüenza C. y SN. Calidad de vida en el adulto mayor en las parroquias rurales de la ciudad de cuenca, 2013. Tesis. 2014.
  50. Clavijo C, Martínez M. TRASTORNOS DEL SUEÑO, FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN LAS PARROQUIAS BELLAVISTA Y SAN MIGUEL EN CUENCA, PERIODO AGOSTO 2010 A ENERO 2011. 2011;60.
  51. Molina Vera EA, Macias Pico Maximo Pascual. "PROBLEMAS QUE TIENEN LAS FAMILIAS EN EL CUIDADO DEL ADULTO MAYOR POR SU DEPENDENCIA EN ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA Y SU INFLUENCIA EN LA CALIDAD DE VIDA QUE PRESENTAN, LUEGO DEL TERREMOTO DEL 16-A, EN EL CENTRO JAMA 1, PERIODO OCTUBRE - DICIEMBRE 2016." [Internet]. PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR. FACULTAD DE MEDICINA; 2016 [citado 5 de febrero de 2018]. Disponible en: [http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/12877/TESIS\\_AUTORES\\_DRA. ELINA - DR. MAXIMO.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/12877/TESIS_AUTORES_DRA._ELINA_-_DR._MAXIMO.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
  52. Reyes M, Cabrera D, Alvarado G. Valoración integral de adultos mayores en centros gerontológicos de Guayaquil. Cienc UNEMI [Internet]. 4 de octubre de 2017 [citado 5 de febrero de 2018];10(23):116-23. Disponible en: <http://ojs.unemi.edu.ec/index.php/cienciaunemi/article/view/504>
  53. Ramón Álvarez VR. Incidencia de depresión y su impacto en el estado nutricional en adultos mayores, en el Centro Programa Geriátrico del cantón Celica durante el periodo febrero - julio 2016. 2017 [citado 5 de febrero de 2018]; Disponible en: <http://dspace.unl.edu.ec/handle/123456789/19510>
  54. Acosta Quiroz CO, Tánori Quintana, Jesús; García Flores, Raquel; Echeverría Castro, Sonia Beatriz; Vales García, Javier; Rubio Rubio L. Soledad, depresión y calidad de vida en adultos mayores mexicanos. Psicol y Salud [Internet]. 4 de julio de 2017 [citado 13 de julio de 2017];27(2):179-88. Disponible en: <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2651>
  55. Hernandez Huayta, Jean; Chavezuri Meneses, Sofía; Yhuri Carreazo N. Salud y calidad de vida en adultos mayores de un área rural y urbana del Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2016 [citado 13 de julio de 2017];33(4):680-8. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342016000400010&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342016000400010&script=sci_arttext&tlng=pt)
  56. Urzúa, A.; Loyola, M.; Navarrete, M.; Valenzuela F. EL EFECTO DE VALORAR LA IMPORTANCIA ATRIBUIDA A CADA ÁREA DE LA VIDA EN EL AUTOREPORTE DE LA CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES. Rev Argentina Clínica Psicológica [Internet]. 2014 [citado 14 de julio de 2017];XXIII(1). Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/2819/281935591004/>
  57. Silva PAB, Soares SM, Santos JFG, Silva LB. Cut-off point for WHOQOL-bref as a measure of quality of life of older adults. Rev Saude Publica [Internet]. junio de 2014 [citado 5 de febrero de 2018];48(3):390-7. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102014000300390&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000300390&lng=en&tlng=en)





58. Kumar S G, Majumdar A, G P. Quality of Life (QOL) and Its Associated Factors Using WHOQOL-BREF Among Elderly in Urban Puducherry, India. J Clin Diagn Res [Internet]. enero de 2014 [citado 5 de febrero de 2018];8(1):54-7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24596723>
59. Leite MT, Castioni D, Kirchner RM, Hildebrandt LM. Capacidad funcional y nivel cognitivo de adultos mayores residentes en una comunidad en el sur de Brasil. Enfermería Glob [Internet]. 2015 [citado 5 de febrero de 2018];14(37):1-11. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412015000100001](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000100001)
60. Dominguez-Lara SA, Centeno-Leyva SB. Prevalencia de depresión en adultos mayores institucionalizados en Lima Metropolitana [Internet]. Vol. 27, Enfermería Clínica. 2017 [citado 17 de mayo de 2017]. p. 59-60. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862116300973>



## 8.2. ANEXOS

### ANEXO 1: CUESTIONARIOS

Edad: \_\_\_\_\_

Sexo: Femenino \_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_\_

Etnia: Mestizo \_\_\_\_\_ Indígena \_\_\_\_\_

Estado civil: Soltero \_\_\_\_\_ Casado \_\_\_\_\_ Viudo \_\_\_\_\_ Separado \_\_\_\_\_ Unión libre \_\_\_\_\_

Instrucción: Ninguna \_\_\_\_\_ Primaria completa \_\_\_\_\_ Primaria incompleta \_\_\_\_\_

Secundaria completa \_\_\_\_\_ Secundaria incompleta \_\_\_\_\_ Superior completa \_\_\_\_\_

Vive con alguien: Solo/a \_\_\_\_\_ Con esposa/o \_\_\_\_\_ Familiares \_\_\_\_\_

#### Cuestionario de Yesavage

- 1- ¿Está básicamente satisfecho con su vida? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 2- ¿Ha dejado abandonadas muchas actividades e intereses? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 3- ¿Siente que su vida está vacía? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 4- ¿Se siente a menudo aburrido? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 5- ¿Está de buen talante la mayor parte del tiempo? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 6- ¿Tiene miedo de que le suceda algo malo? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 7- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 8- ¿Se siente a menudo sin esperanza? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 9- ¿Prefiere quedarse en casa más que salir a hacer cosas nuevas? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 10- ¿Piensa que tiene más problemas de memoria que la mayoría? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 11- ¿Cree que es maravilloso estar vivo? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 12- ¿Piensa que no vale para nada tal como está ahora? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 13- ¿Piensa que su situación es desesperada? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 14- ¿Se siente lleno de energía? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 15- ¿Cree que la mayoría de la gente está mejor que usted? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_



## ANEXO 2: CUESTIONARIO WHOQOL-BREF

		Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante	Muy bien
					Bien	
1	¿Cómo puntuaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5
		Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
2	¿Cuán satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5
Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las últimas dos semanas						
		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5
Las siguientes preguntas hacen referencia a "cuan totalmente" usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas.						
		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5
Las siguientes preguntas hacen referencia a "cuan satisfecho o bien" se ha sentido en varios aspectos de su vida en las últimas dos semanas						
		Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
16	¿Cuán satisfecho está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

19	¿Cuán satisfecho está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	1	2	3	4	5
23	¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cuán satisfecho está con su transporte?	1	2	3	4	5
La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que Ud. ¿Ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las últimas dos semanas?						
		Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	1	2	3	4	5



ANEXO 3: CUESTIONARIO WHOLQ OLD

		Nada	Un Poco	En moderada cantidad	Mucho	En extrema cantidad
1	¿En qué medida los impedimentos de su Sentidos (por ejemplo, audición, visión, gusto, olfato, ¿Tacto) afectan su vida diaria?	1	2	3	4	5
2	¿Hasta qué punto la pérdida de, por ejemplo, audición, visión, gusto, olfato o tacto afectan su capacidad de participar en actividades?	1	2	3	4	5
3	¿Cuánta libertad tiene para tomar sus propias decisiones?	1	2	3	4	5
		Nada	Ligeramente	Moderadamente	Mucho	Extremadamente
4	¿Hasta qué punto se siente en control de su futuro?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto sientes que la gente que te rodea es respetuosa de tu libertad?	1	2	3	4	5
		Nada	Un poco	En moderada cantidad	Mucho	En extrema cantidad
6	¿Cuán preocupado está de la forma en que usted morirá?	1	2	3	4	5
		Nada	Ligeramente	Moderadamente	Mucho	Extremadamente
7	¿Cuánto temes no poder controlar tu muerte?	1	2	3	4	5
8	¿Qué tan asustado estás de morir?	1	2	3	4	5
		Nada	Un poco	En moderada cantidad	Mucho	En extrema cantidad
9	¿Cuánto temes sufrir antes de morir?	1	2	3	4	5
Las siguientes preguntas se refieren a cómo experimentan o pudieron hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas.						
		Nada	Un poco	Moderadamente	En su mayoría	Totalmente
10	¿Hasta qué punto afecta su capacidad de interactuar con los demás problemas con su funcionamiento sensorial (por ejemplo, audición, visión, gusto, olfato, tacto)?	1	2	3	4	5
11	¿En qué medida eres capaz de hacer las cosas que te gustaría hacer?	1	2	3	4	5
12	¿Hasta qué punto está satisfecho con sus oportunidades de seguir logrando en la vida?	1	2	3	4	5
13	¿Cuánto sientes que has recibido el reconocimiento que mereces en la vida?	1	2	3	4	5



14	¿Hasta qué punto siente que tiene suficiente para hacer cada día?	1	2	3	4	5
Las siguientes preguntas le piden que diga cuan satisfecho, feliz o bueno ha sentido sobre varios aspectos de su vida durante las últimas dos semanas.						
		Muy insatisfecho	Insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
15	¿Qué tan satisfecho estás con lo que has logrado en la vida?	1	2	3	4	5
16	¿Qué tan satisfecho está con la forma en que usa su tiempo?	1	2	3	4	5
17	¿Cuán satisfecho está con su nivel de actividad?	1	2	3	4	5
18	¿Qué tan satisfecho está usted con su oportunidad de participar en actividades comunitarias?	1	2	3	4	5
		Muy infeliz	Infeliz	Ni infeliz ni feliz	Feliz	Muy feliz
19	¿Qué tan feliz estás con las cosas que puedes esperar?	1	2	3	4	5
		Muy pobre	Pobre	Ni pobre ni bueno	Bueno	Muy bueno
20	¿Cómo calificaría su funcionamiento sensorial (por ejemplo, audición, visión, gusto, olfato, tacto)?	1	2	3	4	5
La siguiente pregunta se refiere a cualquier relación íntima que usted pueda tener. Por favor, considere estas preguntas con referencia a un compañero cercano u otra persona cercana con quien pueda compartir intimidad más que con cualquier otra persona en su vida.						
		Nada	Un poco	En moderada cantidad	Mucho	En extrema cantidad
21	¿Hasta qué punto siente un sentido de compañerismo en su vida?	1	2	3	4	5
22	¿Hasta qué punto experimenta el amor en su vida?	1	2	3	4	5
		Nada	Un poco	Moderadamente	En su mayoría	Totalmente
23	¿Hasta qué punto tiene oportunidades de amar?	1	2	3	4	5
24	¿Hasta qué punto tiene oportunidades de ser amado?	1	2	3	4	5



ANEXO 4: ÍNDICE DE KATZ

**VALORACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA -ÍNDICE DE KATZ-**

<b>1. Baño</b>	<b>Independiente.</b> Se baña enteramente solo o necesita ayuda sólo para lavar una zona (como la espalda o una extremidad con minusvalía ).	
	<b>Dependiente.</b> Necesita ayuda para lavar más de una zona del cuerpo, ayuda para salir o entrar en la bañera o no se baña solo.	
<b>2. Vestido</b>	<b>Independiente.</b> Coge la ropa de cajones y armarios, se la pone y puede abrocharse. Se excluye el acto de atarse los zapatos.	
	<b>Dependiente.</b> No se viste por sí mismo o permanece parcialmente desvestido.	
<b>3. Uso del WC</b>	<b>Independiente:</b> Va al W.C. solo, se arregla la ropa y se asea los órganos excretores.	
	<b>Dependiente.</b> Precisa ayuda para ir al W.C.	
<b>4. Movilidad</b>	<b>Independiente.</b> Se levanta y acuesta en la cama por sí mismo y puede sentarse y levantarse de una silla por sí mismo.	
	<b>Dependiente.</b> Necesita ayuda para levantarse y acostarse en la cama y/o silla, no realiza uno o más desplazamientos.	
<b>5. Continencia</b>	<b>Independiente.</b> Control completo de micción y defecación.	
	<b>Dependiente.</b> Incontinencia parcial o total de la micción o defecación.	
<b>6. Alimentación</b>	<b>Independiente.</b> Lleva el alimento a la boca desde el plato o equivalente. Se excluye cortar la carne.	
	<b>Dependiente.</b> Necesita ayuda para comer, no come en absoluto o requiere alimentación parenteral.	
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>		



ANEXO 5: OFICIO DE AUTORIZACIÓN

Nabón, 22 de febrero de 2017


Licenciada  
Magaly Quezada,  
ALCALDESA DEL CANTÓN NABÓN,  
Su despacho.


De nuestras consideraciones:

Reciba un cordial saludo y éxitos en sus funciones, nos dirigimos a usted de la manera más comedida, nos permita realizar la tesis para obtención del título de tercer nivel de la carrera de Medicina y Cirugía de la Universidad de Cuenca denominada: "CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES, MEDIANTE LA APLICACIÓN DE TESTS EN COMUNIDADES DEL CANTÓN NABÓN" y en caso de ser favorable su respuesta, nos facilite la base de datos de adultos mayores, debido a que pensamos realizar nuestro protocolo de tesis, la información será utilizada para el análisis y toma de decisiones para la tesis. También nos comprometemos a entregar la información obtenida, para que se haga uso de la misma en futuros proyectos que puedan realizarse en beneficio de este grupo etario.

Por la favorable acogida que sepa dar al mismo, le anticipamos, nuestros sentimientos de gratitud y estima.

Atentamente,

  
Elizabeth Verdugo Carrión.  
0105947469

  
Marco Rodríguez Astudillo.  
0104784533

24-02-2017  
A 15:00 Despachar  
A: Cantón Social  
Coordinar con los 5 subdelegados  
y proporcionar la información  
requerida

  
22 FEB 2017  
14:45

  
INCREPADO  
SECRETARÍA GENERAL  
0541  
22-02-17  
11





## ANEXO 6: CONSENTIMIENTO INFORMADO

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

La evaluación de calidad de vida constituye un pilar fundamental, para la creación e implementación de planes y proyectos en pro de una mejor calidad de vida, en este caso de los adultos mayores. Debido a que ellos han aportado de manera muy positiva a la sociedad con su trabajo, valores, forjando un futuro mejor para sus descendientes, por ello este proyecto denominado: **CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES MESTIZOS E INDÍGENAS DEL CANTÓN NABÓN. CUENCA.2017**, tiene como objetivo general: determinar la calidad de vida desde una perspectiva de salud de los adultos mayores indígenas y mestizos del cantón Nabón y como objetivos específicos los siguientes:

1. Caracterizar a la población.
2. Determinar las características de calidad de vida, depresión, funcionalidad y dependencia de los sujetos investigados.
3. Establecer semejanzas y diferencias entre las poblaciones estudiadas.

El estudio contará con la participación de 374 adultos mayores del cantón Nabón, tendrá una duración de 4 meses, en donde el tiempo de los sujetos investigados será de 15 minutos aproximadamente. El procedimiento a ser realizado será aplicación de los cuestionarios: WHOQOL-BREF, WHOQOL- OLD, desarrollados y validados por la OMS, test de Yesavage, o denominado también “Escala de Depresión Geriátrica”, mismo que ha sido probado y usada extensamente con la población de adultos mayores y el índice de Katz, en espacios de tiempo en que los adultos mayores puedan responder con total calma bajo la observación y guía del personal responsable, también se llevará un registro de los adultos mayores que han realizado la encuesta para garantizar la calidad de la misma.

El presente proyecto de investigación no presenta riesgo alguno para los participantes ni para terceros. Este estudio ayudará a tener un mejor entendimiento de la calidad de vida y características asociadas como depresión y estado funcional de la población estudiada. Con la información brindada se pretende que pueda ser usada con la finalidad de respaldar la toma de decisiones tanto al nivel del sistema de salud y de la misma forma como base para el planteamiento de planes de acción dirigidos a mejorar la calidad de vida de este grupo etario. En lo personal, las encuestas aplicadas son sin costo para usted y los resultados obtenidos serán proporcionados a las entidades correspondientes. Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes. Los resultados serán entregados en forma general, asegurando la confidencialidad de la información brindada por cada persona.

En caso de alguna duda, puede contactarse con los investigadores del trabajo de investigación:  
Marco Andrés Rodríguez: 0987865528 Elizabeth Verdugo Carrión: 0992630718.

El suscrito:....., luego de conocer y entender el proyecto de investigación: **CALIDAD DE VIDA DE ADULTOS MAYORES MESTIZOS E INDÍGENAS DE NABÓN.2017** a cargo de ZOILA ELIZABETH VERDUGO CARRIÓN y MARCO ANDRÉS RODRÍGUEZ ASTUDILLO, procedo a autorizar a que mi persona sea incluida como sujeto de estudio en dicha investigación. Mi participación consistirá en: contestar con veracidad las preguntas de los diversos tests.

Libre y voluntariamente autorizo a que mis datos sean motivo de análisis y difusión. Queda claro que el presente proyecto no representa riesgos de afectación o daño a mi persona ni tampoco a terceros, por lo tanto, me abstengo ahora y en el futuro a solicitar indemnizaciones de clase alguna.

.....  
EL PARTICIPANTE  
Nº de cédula